

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY.Y.S**  
**DI PUSKESMAS OEPOI KOTA KUPANG**  
**PERIODE 18 APRIL S/D 18 MEI 2019.**

Sebagai Laporan Tugas Akhir Yang Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu  
Syarat Tugas Akhir Dalam Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan  
Pada Prodi Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

**MARIANA PEREIRA**

**NIM : PO.530324016 809**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN KUPANG**  
**2019**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHANKEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY Y.S**  
**DI PUSKESMAS OEPOI KOTA KUPANG**  
**PERIODE 18 APRIL S/D 18 MEI 2019.**

Sebagai Laporan Tugas Akhir Yang Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu  
Syarat Tugas Akhir Dalam Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan  
Pada Prodi Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

**MARIANA PEREIRA**

**NIM : PO.530324016 809**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN KUPANG**  
**2019**

**HALAMAN PERSETUJUAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY Y.S.  
DI PUSKESMAS OEPOI PERIODE TANGGAL 18 FEBRUARI S/D 18  
MEI 2019**

**Oleh :**

**Mariana Pereira  
NIM: PO. 530324016 809**

Telah Disetujui untuk diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji  
Laporan Tugas Akhir prodi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes

Kupang

Pada Tanggal : 11 Juni 2019

Pembimbing



**Dewa Ayu Putu M.K.S.Si.T.M.Kes  
NIP : 19821127 200801 2 012**

**Mengetahui**

**/Ketua Jurusan Kebidanan Kupang**



**Dr. Mareta B. Bakoil, SST., MPH  
NIP : 197603102000122001**

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY Y.S.**  
**DI PUSKESMAS OEPOI KOTA KUPANG**  
**PERIODE 18 APRIL S/D 18 MEI 2019**

Oleh :

**MARIANA PEREIRA**  
**NIM : PO. 530324016 809**

Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji  
Pada Tanggal : 11 Juni 2019

Penguji I

**Tirza V Tabelak, SST, M Kes**  
**Nip.19781227200501200 3**

(  )

Penguji II

**Dewa Ayu Putu M.K.S.Si.T.M.Kes**  
**NIP : 19821127 200801 2 012**

(  )

Mengetahui,  
Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



**Dr. Mareta B. Bakoil, SST., MPH**  
**NIP : 19760310 20001 122001**

## **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Mariana Pereira  
NIM : PO. 530324016 809  
Jurusan : Kebidanan Kupang  
Angkatan : XVIII  
Jenjang : Diploma III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul : “ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY.Y.S DI PUSKESMAS OEPOI PERIODE 18 FEBRUARI-18 MEI 2019”. Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Kupang, Mei 2019

Penulis

Mariana Pereira  
PO. 530324016 809

## **RIWAYAT HIDUP**

Nama : Mariana Pereira

Tempat Lahir : Dili

Tanggal Lahir : 09 November 1996

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Katolik

Alamat : Maumere Jln. Soekarno Hatta RT/RW 04/ 04  
Asrama Kodim Illigetang .

### **Riwayat Pendidikan :**

1. Tamat SDN IMPRES WAIOTI 2009
2. Tamat SMP NEGERI 1 MAUMERE 2012
3. Tamat SMK ST.ELISABETH MAUMERE 2015

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan pada Ny.Y.S Usia Kehamilan 39 Minggu 5 Hari Janin Tunggal, Hidup, Intrauterin, Letak Kepala Di Bidan praktek swasta Puskesmas Oepoi periode 18 Februari– 18 Mei 2019” dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Tugas Akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh derajat Ahli Madya Kebidanan di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. R.H Kristina SKM, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada mahasiswi kebidanan untuk mengikuti pendidikan Diploma III Kebidanan
2. Dr.Mareta B. Bakoil.,SST.,MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk belajar dengan baik dalam pendidikan formal maupun praktik di lapangan.
3. Dewa Ayu Putu M.K,S.Si.T,M.Kes, selaku pembimbing yang juga telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Tirza V.Tabelak,SST,M.Kes, selaku penguji yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
5. Gilda Saina Amd.Keb Bidan Koordinator Puskesmas Oepoi yang telah mengizinkan dan membimbing penulis dalam menyelesaikan studi kasus.
6. Bapak Hermenegildo Pereira beserta mama Rosa M.Araujo,OM Julio Q.Lopes beserta istri, dan Amino Da Cruz beserta istri ,Adik Renita,oktovianus,timoteus, elisabeth,daniel,jonathan,abet, dan semua keluarga

yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.

7. Seluruh teman-teman mahasiswa Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa dalam Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal ini karena adanya kekurangan dan keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Kupang, Mei 2019

Penulis

Mariana Pereira

NIM: PO.530324016 809



## DAFTAR ISI

	Hal
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xiv</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>xvi</b>
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
E. Keaslian Penelitian .....	9
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Teori Medis .....	12
B. Kewenangan Bidan.....	148
C. Standar Asuhan Kebidanan .....	151
D. Kriteria Asuhan Kebidanan (SOAP) .....	153
E. Kerangka Pemikiran .....	156
 <b>BAB III METODELOGI PENELITIAN</b>	
A. Jenis Laporan Studi Kasus .....	157
B. Lokasi Dan Waktu.....	157

C. Subyek Kasus .....	157
D. Teknik Pengumpulan Data .....	158
E. Keabsahaan Data .....	162
F. Etika Penelitian.....	163
<b>BAB IV STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Lokasi Studi Kasus .....	164
B. Tinjauan Kasus .....	165
C. Pembahasan .....	197
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Simpulan.....	210
B. Saran .....	211
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil.....	19
Tabel 2 Menu makanan ibu hamil.....	21
Tabel 3. TFU menurut penambahan 3 jari.....	39
Tabel 4. Selang waktu pemberian imunisasi TT.....	40
Tabel 5. Perkembangan Sistem Pulmoner.....	91
Tabel6 APGAR skor.....	103
Tabel 7 Jadwal Imunisasi Pada Neonatus/BayiMuda.....	106
Tabel 8 Asuhan Kunjungan Nifas Normal.....	111
Tabel 9 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Masa Nifas.....	112

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar I	: Kerangka Pemikiran Asuhan Komprehensif.....	156
----------	---	-----

## DAFTAR SINGKATAN

AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKN	: Angka Kematian Neonatal
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
HDK	: Hipertensi Dalam Kehamilan
ASEAN	: <i>Association Of South East Asia Nations</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BCG	: <i>Bacillus Calmette Guerin</i>
BMR	: <i>Basal Metabolic Rate</i>
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatana
CPD	: <i>Cepalo Pelvic Disproporsion</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Mlitus
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
INC	: <i>Intranatal Care</i>
K1	: Kunjungan Antenatal Pertama
K4	: Kunjungan Antenatal Keempat
KB	: Keluarga Berencana

KEK	: Kurang Energi Kronis
KIA	: Kesehatan Ibu Dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KN1	: Kunjungan Neonatal Pertama
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
MAL	: Metode Amenorhea Laktasi
MOP	: Metode Operatif Pria
MOW	: Metode Operatif Wanita
NTT	: Nusa Tenggara Timur
OUE	: <i>Ostium Uteri Eksternal</i>
OUI	: <i>Ostium Uteri Internum</i>
P4K	: Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi
PiCs	: <i>Progestin Only Injectable</i>
PID	: Penyakit Inflamasi Pelvik
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PNC	: <i>Postnatal Care</i>
PWS KIA	: Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Anak
SAR	: Segmen Atas Rahim
SDKI	: Survey Demografi Kesehatan Indonesia
SOAP	: Subyektif, Obyektif, Analisa Data, Penatalaksanaan
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TD	: Tekanan Darah
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
VT	: <i>Vaginal Toucher</i>

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Partograf

Lampiran 2. Buku KIA

Lampiran 3. Kartu konsultasi

Lampiran 5. Jadwal kunjungan rumah

Lampiran 4. SAP

## **ABSTRAK**

**Kementrian Kesehatan RI  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Program Studi Kebidanan  
Laporan Tugas Akhir  
April 2019**

**Mariana Pereira**

**“Asuhan kebidanan pada Ny.Y.S di Puskesmas Oepoi Periode 18 Februari S/D 18 Mei 2019”**

**Latar Belakang :** Asuhan kebidanan adalah pelayanan yang di berikan ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang ibu dan bidan yang di berikan pelayanan sejak kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir. Data puskesmas Oepoi diperoleh Sasaran ibu hamil Puskesmas Oepoi 3 tahun terakhir yaitu 436 orang, ibu nifas 430 orang, ibu hamil resiko tinggi 98 orang, bayi resiko tinggi 68 orang, balita 2376 orang dan Pasangan Usia Subur (PUS ) sebanyak 1978 orang. Cakupan K1 42 orang dari target 91%, sedangkan cakupan K4 42 orang dari target 86%), cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 29 orang dari target 91 %, cakupan KF1 78 % dari target 85 % , cakupan KF3 27 orang dari target 85 %, cakupan KN3 84% dari target 90 (PWS KIA periode Januari s/d Desember 2018).

**Tujuan :** untuk meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.Y.S di Puskesmas Oepoi

**Metode :** Penelitian ini dilakukan menggunakan metode studi penelahaan kasus (*case study*). Lokasi di Puskesmas Oepoi, subyekNy.Y.S Menggunakan format asuhan kebidanan pada ibu hamil sampai KB dengan menggunakan metode SOAP, teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder.

**Hasil :** Berdasarkan asuhan yang telah diberikan diperoleh keadaan ibu dan bayibaik, bayi masih aktif menyusui, HB Postpartum 9,4 gr%, ibu menggunakan KB MAL.

**Kesimpulan:** asuhan kebidanan yang diberikan kepadaNy.Y.S sebagian besar telah dilakukan dengan baik dan sistematis, serta ibu dan bayi sehat hingga masa nifas.

**Kata kunci :** Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.Y.S di Puskesmas Oepoi Periode 18 Februari S/D 18 Mei 2019”

**Kepustakaan :** 16 buku (2009 - 2015)



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar belakang**

Asuhan kebidanan adalah pelayanan yang di berikan ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang ibu dan bidan. Penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian ibu akibat dari proses kehamilan, persalinan dan pasca persalian per 100.00 kelahiran hidup pada masa tertentu angka pengukuran resiko kematian wanita yang berkaitan dengan peristiwa kehamilan.kematian ibu adalah kematian wanita dalam masa kehamilan, persalinana dalam masa 42 hari atau 6 minggu setelah berakhirnya kehamilan tanpa memandang usia kehamilan maupun tempat melekatnya janin, oleh apapun yang berkaitan dengan atau diperberat oleh kehamilan atau pengelolaannya, bukan akibat kecelakaan. Penyebab kematian ibu yang paling umum di Indonesia adalah penyebab obstetrik langsung yaitu perdarahan 28%, preeklamsia/eklampsia 24%, infeksi 11% sedangkan penyebab tidak langsung adalah umur ibu < 18 tahun 4,1%, umur ibu >34 tahun 3,8%, jarak kelahiran < 24 bulan 5,2%, jumlah anak terlalu banyak (>3) 9,4% maupun yang mempersulit proses penanganan kedaruratan kehamilan,persalinan, nifas seperti Tiga Terlambat yaitu terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat sampai kefasilitas kesehatan dan terlambat dalam penanganan kegawatdaruratan (Kementerian Kesehatan RI, 2015).Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Angka kematian ibu di Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, WHO menyatakan bahwa angka kematian ibu di ASEAN tergolong paling tinggi di dunia (*WHO2015*). Berdasarkan Survei

Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI di Indonesia (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas) sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015..

Laporan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-Provinsi NTT tahun 2015 menunjukkan bahwa konversi AKI per 100.000 Kelahiran Hidup selama periode 3 (tiga) tahun (Tahun 2013 –2015) mengalami fluktuasi. Jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2013 sebesar 176 atau 185,6 per 100.000 KH, selanjutnya pada tahun 2014 menurun lagi menjadi 158 kasus atau 169 per 100.000 KH, sedangkan pada tahun 2015 meningkat menjadi 178 kematian atau 133 per 100.000 KH. Target dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi NTT pada tahun 2015, jumlah kematian ibu ditarget turun menjadi 150, berarti target tidak tercapai (selisih 26 kasus).(Dinkes Prov.NTT Tahun 2015 ).

Angka kematian bayi adalah banyaknya kematian bayi berusia dibawah satu tahun, per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu. Hasil SUPAS (Survei Penduduk Antar Sensus) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1.000 KH, yang artinya sudah mencapai target MDGs 2015 sebesar 23 per 1.000 KH. Angka ini merupakan salah satu indikator derajat kesehatan suatu bangsa. Melalui MDGs, Indonesia sendiri memiliki target untuk menurunkan AKB menjadi sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, salah satu tujuan indikator kesehatan adalah angka kematian bayi 23 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2015).

Hasil konversi jumlah kasus kematian pada bayi mengalami fluktuasi dari tahun 2013 – 2015, pada tahun 2013 kasus kematian bayi menurun menjadi 1.286 kematian atau 13,5 per 1000 KH dan selanjutnya pada tahun 2014 kematian bayi ini meningkat menjadi 1.280 kasus atau 14 per 1000 KH, selanjutnya pada tahun 2015 meningkat lagi menjadi 1.388 (11 per

1000 KH).Target dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi NTT pada tahun 2015, jumlah kematian bayi ditarget turun menjadi 1.305, berarti target tidak tercapai (selisih 83 kasus) (Dinkes Prov.NTT Tahun 2015 ).

Kehamilan adalah kondisi dimana seorang wanita memiliki janin yang sedang tumbuh didalam tubuhnya (yang umumnya di dalam rahim). Kehamilan terjadi selama 40 minggu atau 9 bulan, dihitung mulai dari awal periode menstruasi terakhir sampai melahirkan. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, trimester pertama terdiri dari 12 minggu (0 minggu-12 minggu), trimester kedua terdiri dari 15 minggu (minggu ke-13 sampai minggu ke-27), trimester ketiga 13 minggu ( minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Prawirohardjo,2012).

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan. Cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 pada tahun 2015 telah memenuhi target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan sebesar 72%. (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2016)

Laporan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota se-Provinsi NTT pada tahun 2015 presentase rata-rata cakupan kunjungan ibu hamil (K1) sebesar (72,7 %). Sedangkan pada tahun 2014 sebesar (82 %), berarti terjadi penurunan sebanyak 9,3 %, Pada tahun 2013, presentase rata-rata cakupan kunjungan ibu hamil (K1) sebesar 85 % sedangkan target yang harus dicapai adalah sebesar 100 %, berarti untuk capaian cakupan K1 ini

belum tercapai. Persentase rata-rata cakupan kunjungan ibu hamil (K4) tahun 2015 sebesar 53,3 %. Cakupan K4 pada tahun 2014 sebesar 63,2% apabila dibandingkan pencapaian pada tahun 2015 maka mengalami penurunan sebesar 9,9 %. Persentase rata-rata cakupan kunjungan ibu hamil (K4) tahun 2013 sebesar 64 %. Sedangkan target pencapaian K4 yang harus dicapai sesuai Renstra Dinkes. Prov. NTT sebesar 95%, berarti belum mencapai target.

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif sering dan kuat (Walyani, 2015). Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Keberhasilan program ini diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih (Cakupan PN) dan persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (cakupan PF), terdapat 79,72% ibu hamil yang menjalani persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Secara nasional, indikator tersebut telah memenuhi target Renstra sebesar 75%. Persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia menunjukkan kecenderungan terdapat penurunan dari 90,88% pada tahun 2013 menjadi 88,55% pada tahun 2015 ( Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2016).

Komplikasi dan kematian ibu maternal dan bayi baru lahir sebagian besar terjadi pada masa di sekitar persalinan, hal ini antara lain disebabkan pertolongan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi kebidanan (profesional). Dalam kurun waktu lima tahun terakhir, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan termasuk pendampingan selama periode tahun 2013 - 2015 mengalami fluktuasi. Pada tahun 2015 cakupan persalinan nakes sebesar 62,4 %, pada tahun 2014 mencapai 75,4 % berarti mengalami penurunan sebesar 13 %, pada

tahun 2013 cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah sebesar 77,7 %sedangkan target yang harus dicapai sesuai Renstra Dinkes. Prov. NTT pada tahun 2015 adalah sebesar90%, berarti tidak mencapai target.( Profil Dinas kesehatan Kabupaten/Kota Kupang Tahun 2015).

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalahkurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan,yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampaidengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan (Walyani 2014).Cakupan kunjungan nifas (KF3) di Indonesia dalam kurun waktu delapan tahun terakhir secara umum mengalami kenaikan. Capaian indikator KF3 yang meningkat dalamdelapan tahun terakhir merupakan hasil dari berbagai upaya yang dilakukan oleh Pemerintahdan masyarakat termasuk sektor swasta.pada tahun 2013 sebesar 86,64% meningkat pada tahun2015 sebesar 87,06% (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2016)

Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia sampai dengan 28 hari. Pada masa tersebutjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematanganorgan hampir pada semua sistem. Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1 merupakan indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir yang meliputi, antara lain kunjungan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi, dan Hepatitis B0 injeksi bila belum diberikan. Capaian KN1 Indonesia pada tahun 2015 sebesar 83,67%. Capaian ini sudah memenuhi target Renstra tahun 2015 yang sebesar 75%. Selain KN1, indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalahKunjungan Neonatal Lengkap (KN lengkap) yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahirmemperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal tiga kali sesuai standar di satu

wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun Capaian KN lengkap di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 77,31%. terlihat bahwa pencapaian indikator KN lengkap di Indonesia cukup baik yang dapat dilihat dari capaian yang cukup tinggi di sebagian besar provinsi. Cakupan KN lengkap menunjukkan kecenderungan peningkatan dari 78,04% pada tahun 2009 menjadi 93,33% pada tahun 2014. Namun pada tahun 2015 terjadi penurunan cakupan KN lengkap menjadi 77,31%. Sama halnya dengan cakupan KN1, penurunan cakupan KN lengkap disebabkan oleh perubahan definisi operasional KN1 yang dulunya lebih ke arah akses kemudian berubah menjadi ke arah peningkatan kualitas pada Renstra 2015.

Berdasarkan Renstra Dinkes. Provinsi NTT pada tahun 2013 target cakupan Kunjungan Neonatal (KN1) adalah sebesar 90%, sedangkan pada laporan Profil Kesehatan kabupaten/kota seProvinsi NTT, persentase rata-rata cakupan Kunjungan Neonatal (KN1) tahun 2015 sebesar 33,9 % hal ini menunjukkan bahwa selain tidak mencapai target bahkan juga terjadi penurunan sebesar 50,86 % dibanding pada tahun 2014 cakupan kunjungan Neonatal sebesar 84,76%. Persentase rata-rata cakupan Kunjungan Neonatal (KN3) tahun 2013 sebesar 88,9 %. cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap (KN1) pada tahun 2015 pencapaian masih jauh dibawah target (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Kupang Tahun 2015).

Masa subur seorang wanita memiliki peran penting bagi terjadinya kehamilan sehingga peluang wanita melahirkan cukup tinggi. Menurut hasil penelitian, usia subur seorang wanita biasanya antara umur 15-49 tahun. Oleh karena itu untuk mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kehamilan, wanita lebih diprioritaskan untuk menggunakan alat/cara KB. Tingkat pencapaian pelayanan KB dapat digambarkan melalui cakupan peserta KB yang ditunjukkan melalui kelompok sasaran program yang sedang/pernah menggunakan alat kontrasepsi menurut daerah tempat tinggal, tempat pelayanan serta jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87

Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga menyebutkan bahwa program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. KB merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T; terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun). Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tenang, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin. Sasaran pelaksanaan program KB yaitu Pasangan Usia Subur. Pasangan Usia Subur (PUS) adalah pasangan suami-istri yang terikat dalam perkawinan yang sah, yang istrinya berumur antara 15 sampai dengan 49 tahun. Peserta KB Aktif adalah PUS yang saat ini menggunakan salah satu alat kontrasepsi tanpa diselingi kehamilan. Peserta KB Baru adalah pasangan usia subur yang baru pertama kali menggunakan alat/cara kontrasepsi dan atau pasangan usia subur yang kembali menggunakan metode kontrasepsi setelah melahirkan/keguguran. Persentase peserta KB baru terhadap pasangan usia subur di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 13,46%.

Laporan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota se-Provinsi NTT tahun 2015 jumlah PUS sebesar 865.410 orang, pada tahun 2014 jumlah PUS sebesar 428.018 orang, sedangkan pada tahun 2013 sebesar 889.002 orang. Jumlah PUS yang menjadi peserta KB aktif tahun 2015 sebanyak 415.384 (48,0%), tahun 2014 sebesar 428.018 orang (45,7%), sedangkan tahun 2013 sebesar 534.278 orang (67,4%), berarti pada tahun 2015 terjadi penurunan sebesar 2,3% peserta KB aktif. Namun jika dibandingkan target yang harus dicapai sebanyak 70%. Pada tahun 2015 ini belum mencapai target.

Berdasarkan data yang didapatkan dari puskesmas pembantu fatululi, dalam 3 tahun terakhir.pada tahun 2015 terdapat 490 orang ibu hamil, cakupan k1 sebanyak 91% dan cakupan k4 sebanyak 86 %. ibu hamil dengan resiko tinggi di puskesmas pembantu fatululi 98 orang. Pada tahun 2016 jumlah ibu hamil mulai menurun pada bulan januari - april 450 orang, sedangkan pada bulan mei - desember terdapat 436 orang ibu hamil cakupan K1 sebanyak 93% dan cakupan K4 82%, ibu hamil dengan resiko tinggi 87 orang. Sedangkan pada tahun 2017 ibu hamil meningkat menjadi 445 orang ibu hamil, cakupan K1 sebanyak 82% dan K4 sebanyak 70 % hal ini menunjukkan masih rendahnya kesadaran ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan di fasilitas kesehatan.standar pelayanan *antenatal* yang digunakan di puskesmas Oepoi yaitu 10 T . dalam penggunaan 10 T tidak mengalami kendala atau hambatan. Jumlah persalinan normal di puskesmas Oepoi dari januari sampai desember 2015 yaitu 43 orang, pertolongan persalinan oleh tenaga medis diwilayah Kerja Puskesmas Oepoi 24 %, pada tahun 2016 januari sampai maret yaitu 28 orang, pertolongan oleh tenaga medis di wilayah kerja puskesmas fatululi 22%, sedangkan pada bulan april – desember 25 orang pertolongan nakes sebanyak 56%.pada tahun 2017 yaitu 30 orang pertolongan tenaga kesehatan 68%. Jumlah Pasangan usia subur di wilayah kerja puskesmas Oepoi 1978 jiwa,tidak ada penambahan jumlah pus 3 tahun terakhir ini. Pus yang aktif KB sebanyak 66 % Pemerintah Provinsi NTT telah menginisiasi terobosan-terobosan melalui Revolusi KIA dengan motto “semua ibu melahirkan di fasilitas kesehatan yang memadai”. Selain itu dengan revolusi KIA juga diharapkan setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat, peningkatan kualitas dan akses pelayanan kesehatan bagi ibu serta melakukan kemitraan lintas sektor dan lintas program (Dinas Kesehatan Kota Kupang, 2015).

Berdasarkan uraian latar belakang di atas sehingga penulis tertarik melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan kepada Ny Y.S umur 30 tahun, di Puskesmas Oepoi tahun 2019”.



## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan data di atas, maka disusun rumusan masalah sebagai berikut''Bagaimana Memberikan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.Y.S umur 30 tahun, di Puskesmas Oepoi Tahun 2019?''

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Memberikan Asuhan Kebidanan secara Berkelanjutan kepada Ny Y.S berdasarkan 7 langkah Varney di Puskesmas Oepoi periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019

### **2. Tujuan khusus**

- a. Melakukan asuhan kebidanan Ibu hamil pada Ny. Y.S di Puskesmas Oepoi berdasarkan metode 7 langkah Varney.
- b. Melakukan asuhan kebidanan bersalin pada Ny. Y.S Di Puskesmas Oepoi dengan menggunakan metode SOAP.
- c. Melakukan asuhan kebidanan pada Bayi Ny. Y.S di Puskesmas Oepoi dengan menggunakan metode SOAP.
- d. Melakukan asuhan kebidanan Nifas pada Ny. Y.S di Puskesmas Oepoi dengan menggunakan metode SOAP.
- e. Melakukan asuhan kebidanan Keluarga Berencana pada NY.Y.S di Puskesmas Oepoi dengan menggunakan metode SOAP.

## **D. Manfaat**

### **1. Teoritis**

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai pertimbangan masukan untuk menambah wawasan tentang asuhan kebidanan yang meliputi masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB

## 2. Praktis

### a. Institusi

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan dan menambah wawasan tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB di komunitas.

### b. Profesi

Hasil penelitian sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB di komunitas.

### c. Klien dan masyarakat

Diharapkan agar klien maupun masyarakat bisa melakukan deteksi dari asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan keluarga berencana sehingga memungkinkan segera mendapatkan penanganan.

## **E. Keaslian Laporan Studi Kasus**

Penelitian yang hampir serupa pernah dilakukan oleh :

1. Laporan serupa pernah dilakukan oleh Kardina Ayu Andirah (2012) dengan judul “Manajemen Asuhan Kebidnan Antenatal pada NY.”M” Umur Kehamilan 33 Minggu 2 Hari tanggal 14-08-2012 di RSUD Daya Makasar”. Asuhan yang diberikan dengan menggunakan pendekatan pemecahan masalah mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir. Laporan kasus menggunakan pendokumentasian manajemen 7 langkah Varney (Pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, merencanakan asuhan yang menyeluruh, melaksanakan rencana asuhan dan melakukan evaluasi).
2. Penelitian yang sama dilakukan oleh mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kupang atas nama Mariana pereira dengan judul ”Asuhan Kebidanan

Berkelanjutan Pada Ny. Y.S di Puskesmas Oepoi periode 18 Februari sampai dengan 18 Mei tahun 2019”. Judul ini bertujuan memberikan asuhan kebidanan Berkelanjutan pada ibu hamil menggunakan pendekatan manajemen Varney dan pendokumentasian SOAP. Metode penelitian yang digunakan yakni menggunakan metode pengumpulan data berupa wawancara, studi kepustakaan, dan studi dokumentasi. Hasil studi kasusnya menunjukkan keberhasilan dalam memberikan asuhan kebidanan Berkelanjutan terhadap Ny.Y.S Persamaan dengan penelitian terdahulu adalah sama-sama melakukan penelitian dengan memberikan asuhan kebidanan Berkelanjutan. Sedangkan perbedaannya dengan peneliti terdahulu yaitu pada waktu, tempat dan subyek.

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Teori Medis

##### 1. Kehamilan

###### a. Konsep dasar kehamilan

###### 1) Pengertian

Kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi *spermatozoa*, ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba,2010).

Kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu 2 hari (Walyani,2015).

Dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampai aterm yang berlangsung selama 40 minggu dihitung dari haid terakhir .

###### 2) Tanda-tanda pasti kehamilan trimester III

Menurut Sofian (2010), tanda pasti hamil :

- a) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin.
- b) Denyut jantung janin dapat terdengar dengan :
  - a) *Stetoskop-monoaural Laennec* (terdengar pada saat umur kehamilan 18-20 minggu)
  - b) *Fetoskop* (terdengar pada umur kehamilan 18-20 minggu)
  - c) *Doppler* (terdengar pada umur kehamilan 10-12 minggu)

d) *Ultrasonografi* (terdengar pada saat umur kehamilan 8 minggu)

c) Terlihat janin pada kehamilan dengan USG

3) Klasifikasi usia kehamilan

Menurut Sofian, 2015 menyatakan, usia kehamilan dibagi menjadi :

a) Kehamilan Trimester pertama : 0- <14 minggu

b) Kehamilan Trimester kedua : 14- <28 minggu

c) Kehamilan Trimester ketiga : 28-42 minggu

4) Perubahan fisiologi dan psikologi kehamilan trimester III

a) Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III (Sofian , 2012)

a) Rahim atau uterus

Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat *hipertropi* dan *hiperplasia* otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan : 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu). Bentuk dan konsistensi pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan, rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Rahim yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, dan kehamilan 3 bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang sehingga jika diraba terasa lebih lunak (*soft*), disebut tanda *Hegar*. Pada kehamilan 5 bulan, rahim terabah seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis; karena itu

bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.

b) *Vagina* dan vulva

Perubahan hormon estrogen mengakibatkan adanya *hypervaskularisasi* sehingga vulva dan vagina tampak lebih merah, agak kebiruan. Tanda ini disebut dengan tanda Chadwick. Pada akhir kehamilan, cairan vagina mulai meningkat dan lebih kental.

c) Serviks uteri

*Serviks uteri* pada kehamilan mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya *hipervaskularisasi*, maka konsistensi serviks menjadi lunak disebut tanda *Goodell*. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen. Selain itu prostaglandin bekerja pada serabut kolagen, terutama pada minggu-minggu akhir kehamilan. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan.

d) Payudara

Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang dan berat. Dapat teraba noduli-noduli akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan aerola payudara. Kalau diperas, keluar air susu jolong (kolostrum) yang berwarna kuning. Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI (air susu ibu) pada saat laktasi, hormone yang mempengaruhi :

e) Estrogen

Hormon ini menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak semakin

membesar selain itu tekanan serta syaraf akibat penimbunan lemak dan air serta garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.

f) Somatotropin

Penimbunan lemak sekitar alveolus payudara dan merangsang pengeluaran colostrum pada payudara

g) Progesterone

Mempersiapkan acinus sehingga dapat berfungsi menambah jumlah sel acinus dan pengeluaran ASI (air susu ibu) belum berlangsung karena prolactin belum berfungsi. Setelah persalinan, hambatan prolactin tidak ada, membuat ASI dapat keluar dengan lancar. Perubahan payudara ibu hamil : Payudara menjadi lebih besar, hyperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol.

h) Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hyperpigmentasi alat-alat tertentu akibat peningkatan MSH (Melanophore Stimulating Hormon). Hyperpigmentasi dapat terjadi di wajah, leher, alveolar mammae dan abdomen.

i) Sirkulasi darah

Volume darah semakin meningkat kira-kira 25% dimana jumlah serum darah lebih besar dari pada pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada usia 32 minggu, terjadi supine hypotensive syndrome karena penekanan vena kava inferior.

j) Sistem pernafasan

Pada usia kehamilan 33 sampai 36 minggu ibu hamil akan merasa sesak nafas karena tekanan janin yang berada dibawah diafragma menekan paru-paru ibu.

k) Saluran pencernaan (Traktus digestivus)

Akibat meningkatnya kadar estrogen tubuh perasaan mual (*nausea*) pada kehamilan muda. Tonus-tonus otot traktus digestivus menurun, sehingga motilitas traktus digestivus berkurang. Hal ini untuk resorpsi tetapi menimbulkan obstipasi. Juga terjadi pengeluaran air liur berlebihan yang disebut salivasi.

l) Dinding Perut (Abdominal Wall)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya selaput elastik dibawah kulit sehingga timbul striae gravidarum .

m) Sistem persyarafan

Perubahan fungsi sistem neurologi selama masa hamil, selain perubahan-perubahan neurohormonal hipotalami-hipofisis. Perubahan fisiologik spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologi dan neuromuscular berikut:

n) Kompresi saraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.

(a) *Lordosis* dan *dorsolumbal* dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf.

(b) *Hipokalsenia* dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuscular, seperti kram otot atau tetani.

(c) Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsandan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi awal kehamilan.

(d) Nyeri kepala akibat ketegangan umu timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya.



- (e) *Akroestesia* (gatal ditangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan dirasakan pada beberapa wanita selama hamil.
- (f) Edema yang melibatkan saraf periver dapat menyebabkan *carpal tunnel syndrome* selama trimester akhir kehamilan.

o) Sistem muskuloskeletal

Sendi pelvik pada kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan. Pergerakan menjadi sulit dimana struktur ligament dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan berat. Wanita muda yang cukup berotot dapat mentoleransi perubahan ini tanpa keluhan.

Lordosis progresif merupakan gambaran karakteristik pada kehamilan normal. Selama trimester akhir rasa pegal, mati rasa dan lemah dialami oleh anggota badan atas yang disebabkan lordosis yang besar dan fleksi anterior leher.

p) Sistem Metabolisme

Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15%-20% dari semula terutama pada trimester ke III.

Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.

- (a) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggal  $\frac{1}{2}$  gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari.
  - (b) Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
  - (c) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi Fosfor rata-rata 2 gram dalam sehari, zat besi, 800 mgr atau 30-50 mgr sehari. Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.
- b) Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penantian. Sekarang wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, wanita hamil tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Ada perasaan tidak menyenangkan ketika bayinya tidak lahir tepat pada waktunya. Fakta yang menempatkan wanita tersebut gelisah hanya bisa melihat dan menunggu tanda-tanda dan gejala. Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi. Seorang ibu juga mengalami selama hamil, terpisah bayi dari bagian tubuhnya dan merasa kehilangan kandungan dan menjadi kosong. Ibu merasa canggung, jelek dan tidak rapi, dan memerlukan lebih besar dan frekuensi perhatian dari pasangannya (Pantikawati,2010).

5) Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

Menurut Walyani tahun 2015 kebutuhan fisik seorang ibu hamil adalah sebagai berikut :

a) Nutrisi

Tabel.1 Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Kebutuhan Tidak Hamil/Hari	Tambahan Kebutuhan Hamil/Hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gr	8-12 gr
Lemak	53 gr	Tetap
Fe	28 gr	2-4 gr
Ca	500 mg	600 mg
Vitamin A	3500 IU	500 IU
Vitamin C	75 gr	30 mg
Asam Folat	180	400

Sumber : Kritiyanasari, 2010

b) Energi/Kalori

Sumber tenaga digunakan untuk tumbuh kembang janin dan proses perubahan biologis yang terjadi dalam tubuh yang meliputi pembentukan sel baru, pemberian makan ke bayi melalui plasenta, pembentukan enzim dan hormone penunjang pertumbuhan janin.

- 1) Untuk menjaga kesehatan ibu hamil
- 2) Persiapan menjelang persiapan persalinan dan persiapan laktasi
- 3) Kekurangan energi dalam asupan makan akan berakibat tidak tercapainya berat badan ideal selama hamil (11-14 kg) karena kekurangan energi akan diambil dari persediaan protein
- 4) Sumber energi dapat diperoleh dari : karbohidrat sederhana seperti (gula, madu, sirup), karbohidrat kompleks seperti (nasi, mie, kentang), lemak seperti (minyak, margarin, mentega).

c) Protein

Diperlukan sebagai pembentuk jaringan baru pada janin, pertumbuhan organ-organ janin, perkembangan alat kandunga ibu hamil, menjaga kesehatan, pertumbuhan plasenta, cairan amnion, dan penambah volume darah. Kekurangan asupan protein berdampak buruk terhadap janin seperti IUGR, cacat bawaan, BBLR dan keguguran. Sumber protein dapat diperoleh dari sumber protein hewani yaitu daging, ikan, ayam, telur dan sumber protein nabati yaitu tempe, tahu, dan kacang-kacangan.

d) Lemak

Dibutuhkan sebagai sumber kalori untuk persiapan menjelang persalinan dan untuk mendapatkan vitamin A,D,E,K.

e) Vitamin

Dibutuhkan untuk memperlancar proses biologis yang berlangsung dalam tubuh ibu hamil dan janin.

- 1) Vitamin A : pertumbuhan dan pemeliharaan kesehatan jaringan tubuh
- 2) Vitamin B1 dan B2 : penghasil energi
- 3) Vitamin B12 : membantu kelancaran pembentuka sel darah merah
- 4) Vitamin C : membantu meningkatkan absorbs zat besi
- 5) Vitamin D : mambantu absorbs kalsium.

f) Mineral

- 1) Diperlukan untuk menghindari cacat bawaan dan defisiensi, menjaga kesehatan ibu selama hamil dan janin, serta menunjang pertumbuhan janin
- 2) Beberapa mineral yang penting antara lain kalsium, zat besi, fosfor, asam folat, yodium\
- 3) Perlu tambahan suplemen mineral

- 4) Susunan diit yang bervariasi berpatok pada pedoman gizi seimbang sehingga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral.

Tabel 2 Menu makanan ibu hamil

Bah an Mak anan	Wan ita dew asa tida k ham il	Ibu hamil		
		Tim ester I	Trim ester II	Trim ester III
Nasi	3 ½ pirin g	3 ½ pirin g	4 pirin g	3 pirin g
Ikan				
Tem pe	1 ½ poto ng	1 ½ poto ng	2 poto ng	3 poto ng
Say uran	3 poto ng	3 poto ng	4 poto ng	5 poto ng
Bua h				
Gula	1 ½ man gko k	1 ½ man gko k	3 man gkok	3 man gkok
Susu				
Air	2 poto ng	2 poto ng	2 poto ng	2 poto ng
	5 sdm	5 sdm	5 sdm	5 sdm
		1 gela s	1 gela s	1 gela s
	8 gela s	8 gela s	8 gela s	8 gela s
Gunakan minyak atau santan pada waktu memasak				

(*sumber:* Kemenkes, 2015)

g) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Menurut Walyani (2015) berbagai gangguan pernapasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu melakukan:

- 1) Latihan nafas melalui senam hamil
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- 3) Makan tidak terlalu banyak
- 4) Kurangi atau hentikan merokok
- 5) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain

h) Personal hygiene

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman. Untuk mendapatkan ibu dan bayi yang sehat, ibu hamil harus memperhatikan kebersihan diri untuk mencegah terjadinya infeksi. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, dan juga menjaga kebersihan mulut, gigi dan daerah genitalia (Walyani,2015).

i) Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman tanpa sabuk/pita yang menekan dibagian perut/pergelangan tangan, pakaian juga tidak baik terlalu ketat dileher, stoking tungkai yang sering digunakan oleh sebagian wanita tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah. Pakaian wanita hamil harus ringan dan menarik karena wanita hamil tubuhnya akan lebih besar. Sepatu harus terasa pas, enak, dan aman. Desain bahan harus disesuaikan agar dapat menyangga payudara yang bertambah besar pada

kehamilan dan memudahkan ibu ketika akan menyusui. BH harus bertali besar sehingga tidak terasa sakit dibahu (Walyani,2015).

j) Eliminasi

Pada kehamilan trimester III frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala PAP (pintu atas panggul), BAB sering obstipasi karena hormone progesterone meningkat (Walyani,2015).

k) Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan (Romauli, 2011).

l) Body mekanik

Secara anatomi, ligament sendi putar dapat meningkatkan pelebaran atau pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligament ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligament karen adanya pembesaran rahim. Nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil (Roumali, 2011)

1) Duduk

Duduk adalah posisi yang lazim dipilih, sehingga postur yang baik dan kenyamanannya penting. Ibu harus diingatkan untuk duduk bersandar dikursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik. Kursi dengan sandaran tinggi akan menyokong kepala dan bahu serta tungkai dapat relaksasi. Bila

bangkit dari posisi duduk, otot trasversus dan dasar panggul harus diaktivasi.

2) Berdiri

Ibu perlu dianjurkan untuk berdiri dan berjalan tegak, dengan menggunakan otot trasversus dan dasar panggul. Berdiri diam terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan. Oleh karena itu lebih baik berjalan tetapi tetap memperhatikan semua aspek yang baik, postur tegak harus diperhatikan

3) Berjalan

Ibu hamil penting untuk tidak memakai sepatu berhak tinggi. Hindari juga sepatu bertumit runcing karena mudah menghilangkan keseimbangan. Bila memiliki anak balita, usahakan supaya tinggi pegangan keretanya sesuai untuk ibu.

4) Tidur

Kebanyakan ibu hamil menyukai posisi berbaring miring dengan sanggan dua bantal dibawah kepala dan satu dibawah lutut atas serta paha untuk mencegah peregangannya pada sendi sakroiliaka. Turun dari tempat tidur atau meja pemeriksa kedua harus ditekuk dan disejajarkan, seluruh tubuh berguling ke salah satu sisi dan kemudian bangkit duduk dengan menggunakan lengan atas dan siku bawah, dengan tungkai sekarang disisi tempat tidur. Ibu dengan perlahan berdiri, melurskan tungkainya.

Menurut Marmi, 2014 Beberapa persyaratan yang harus diperhatikan untuk melakukan senam hamil adalah sebagai berikut :



- 1) Kehamilan normal yang dimulai pada umur kehamilan 22 minggu
- 2) Diutamakan kehamilan pertama atau pada kehamilan berikutnya yang menjalani kesakitan persalinan atau melahirkan anak premature pada persalinan sebelumnya.
- 3) Latihan harus secara teratur dalam suasana yang tenang
- 4) Berpakaian cukup longgar
- 5) Menggunakan kasur atau matras.

m) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahuluditentukan status kekebalan/imunisasinya .Ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya TT2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ketiga (interval minimal dari dosis kedua) maka statusnya TT3, status TT4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ketiga) dan status TT5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis keempat). Ibu hamil dengan status TT4 dapat diberikan sekali suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status TT5 tidak perlu disuntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup atau 25 tahun (Romauli, 2011).

n) Seksualitas

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat seperti berikut ini:

- 1) Sering abortus dan kelahiran prematur
- 2) Perdarahan pervaginam
- 3) Coitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu teakhir kehamilan
- 4) Bila ketuban sudah pecah, coitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intra uteri

Pada trimester III umumnya minat dan libido untuk melakukan hubungan seksual biasanya menurun. Rasa nyaman sudah jauh berkurang. Pegal di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), dan kembali merasa mual. Hal tersebutlah yang menyebabkan menurunnya minat seksual. Tetapi jika termasuk yang tidak mengalami penurunan libido pada trimester III itu adalah hal yang normal, apalagi jika termasuk yang menikmati masa kehamilan (Walyani,2015).

o) Istirahat dan tidur

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tapi boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari pekerjaan yang tidak disukainya. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan tidur yang mendukung kesehatan sendiri, maupun kesehatan bayinya. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin. Tidur malam + sekitar 8 jam/istirahat/tidur siang  $\pm 1$  jam (Marmi,2014).

6) Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan

Menurut Marmi (2014), ketidaknyamanan dalam kehamilan trimester III :

a) Leukorea (keputihan)

Leukorea merupakan sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair yang dimulai dari trimester I, sebagai bentuk dari hiperplasi mukosa vagina. Leukore dapat disebabkan oleh karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Hal lain yang di curigai sebagai penyebab terjadinya leukore adalah pengubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil Doderlein.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi leukore adalah dengan :

- (1) Memperhatikan kebersihan tubuh pada area genital
- (2) Membersihkan area genital dari arah depan ke arah belakang
- (3) Mengganti celana dalam secara rutin

b) Nocturia (sering berkemih)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester pertama dimungkinkan karena terjadinya peningkatan berat pada rahim sehingga membuat istmus menjadi lunak (tanda hegar), hal ini menyebabkan posisi rahim menjadi antefleksi sehingga menekan kandung kemih secara langsung. Sedangkan peningkatan frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening terjadi. Lightening menyebabkan bagian pretensi (terendah) janin akan menurun kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Metode yang dipergunakan untuk mengatasi hal ini :

- (1) Segera menggosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih.
- (2) Perbanyak minum pada siang hari
- (3) Jangan mengurangi porsi minum di malam hari, kecuali apabila nocturia mengganggu tidur sehingga menyebabkan kelelahan.
- (4) Membatasi minum yang mengandung kafein (teh, kopi, cola)
- (5) Bila tidur (khususnya malam hari) posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk meningkatkan diuresis.

c) Kram kaki

Biasanya terjadi setelah kehamilan 24 minggu. Kram kaki biasanya terjadi karena kekurangan asupan kalsium, pembesaran uterus sehingga memberikan tekanan pada pembuluh darah pelvic, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ketungkai bagian bawah. Cara meringankannya ialah dengan kurangi konsumsi susu dan cari yang high calcium, berlatih dorsifleksi pada kaki untuk meregangkan otot-otot yang terkena kram, dan gunakan penghangat otot.

d) Sakit punggung bagian bawah

Terjadi pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Dikarenakan kurvatur dari vertebra lumbosacral yang meningkat saat uterus terus membesar, kadar hormon yang meningkat, sehingga cartilage di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek dan kelelahan juga dapat menyebabkannya.

Cara meringankannya ialah dengan cara:

- (1) Hindari mengangkat beban yang berat
- (2) Gunakan kasur yang keras untuk tidur
- (3) Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat

(4) Hindari sepatu atau sandal tinggi

e) Konstipasi

Konstipasi biasanya terjadi pada trimester dua dan tiga. Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Beberapa cara untuk mengurangi keluhan obstipasi pada wanita hamil, yaitu :

- (1) Asupan cairan yang adekuat yaitu dengan minum air minimal 8 gelas perhari ukuran gelas minum
- (2) Konsumsi buah dan jus
- (3) Istirahat yang cukup
- (4) Minum air hangat
- (5) Makan makanan berserat dan mengandung serat alami, misalnya selada dan seledri.

f) Perut kembung

Terjadi pada trimester II dan III. Motilitas gastrointestinal menurun, menyebabkan terjadinya perlambatan waktu pengosongan menimbulkan efek peningkatan progesteron pada relaksasi otot polos dan penekanan uterus pada usus besar. Cara meringankan ialah :

- (1) Hindari makanan yang mengandung gas
- (2) Mengunyah makanan secara sempurna
- (3) Pertahankan kebiasaan BAB yang teratur

g) Sakit kepala

Sering terjadi pada trimester II dan III, akibat kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala) serta kelelahan. Cara meringankannya ialah :

- (1) Teknik relaksasi
- (2) Memassase leher dan otot bahu
- (3) Penggunaan kompres air panas/es pada leher

(4) Istirahat

(5) Mandi air hangat

7) Tanda bahaya trimester III

Menurut Marmi (2014), tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III :

a) Perdarahan

Perdarahan melalui jalan lahir pada kehamilan merupakan tanda bahaya yang dapat berakibat kematian ibu dan atau janin. Perdarahan pada kehamilan 7- 9 bulan, meskipun hanya sedikit, merupakan ancaman bagi ibu dan janin. Maka dari itu ibu harus segera mendapat pertolongan di rumah sakit.

b) Keluar cairan per vaginam

Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun leukhore yang patologis. Penyebab terbesar persalinan prematur adalah ketuban pecah sebelum waktunya. Insidensi ketuban pecah dini 10 % mendekati dari semua persalinan dan 4 % pada kehamilan kurang 34 mg. Penyebab : servik inkompeten, ketegangan rahim berlebihan ( kehamilan ganda, hidramnion), kelainan bawaan dari selaput ketuban, infeksi. Penatalaksanaan : pertahankan kehamilan sampai matur, pemberian kortikosteroid untuk kematangan paru janin, pada UK 24-32 minggu untuk janin tidak dapat diselamatkan perlu dipertimbangkan melakukan induksi, pada UK aterm dianjurkan terminasi kehamilan dalam waktu 6 jam sampai 24 jam bila tidak ada his spontan.

c) Sakit kepala yang hebat

Wanita hamil bisa mengeluh nyeri kepala hebat. Sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Namun satu saat sakit kepala pada

kehamilan dapat menunjukkan suatu masalah serius apabila sakit kepala itu dirasakan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang - kadang dengan sakit kepala yang hebat itu, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Kondisi sakit kepala yang hebat dalam kehamilan dapat menjadi gejala dari preeklamsi. Jika rasa sakit kepala disertai dengan penglihatan kabur atau berbayang, maka tanyakan pada ibu, apakah ia mengalami edema pada muka atau tangan atau gangguan visual. Selanjutnya lakukan pemeriksaan tekanan darah, protein urin, refleks dan edema serta periksa suhu dan jika suhu tubuh tinggi, lakukan pemeriksaan darah untuk mengetahui adanya parasit malaria.

d) Penglihatan kabur

Wanita hamil mengeluh penglihatan yang kabur. Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menjadi suatu tanda pre-eklamsia. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pemeriksaan data lengkap, pemeriksaan tekanan darah, protein urin, refleks dan edema.

e) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal, jantung atau pre-eklamsia. Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami

bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meninggikan kakinya. Bengkak bisa menunjukkan masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklamsi. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pengumpulan data. Yaitu dengan menanyakan pada ibu apakah ia mengalami sakit kepala atau masalah visual. Selanjutnya adalah dengan melakukan pemeriksaan : periksa adanya pembengkakan, ukur TD dan protein urine ibu, periksa haemoglobin ibu (atau warna konjungtiva) dan tanyakan tentang tanda dan gejala lain dari anemia.

f) Gerak janin tidak terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3. Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke lima atau keenam, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakan akan melemah. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan atau minum dengan baik. Gerakan janin berkurang bisa disebabkan oleh aktifitas ibu yang berlebihan sehingga gerak janin tidak dirasakan, gawat janin, perut tegang akibat kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk panggul pada kehamilan aterm. Gerakan bayi kurang dari 10 kali dalam periode 24 jam, merupakan salah satu tanda dan gejala kondisi berkurangnya gerakan janin yang perlu mendapatkan perhatian oleh bidan maupun ibu hamil itu sendiri. Berikut ini merupakan deteksi dini yang perlu dilakukan :



a) Pengumpulan data

Jika bayi sebelumnya bergerak dan sekarang tidak bergerak, tanyakan pada ibu kapan terakhir kali bergerak.

b) Pemeriksaan

Raba gerakan janin, dengarkan DJJ(denyut jantung janin), jika pemeriksaan radiologi tersedia, konfirmasi kematian janin setelah 5 hari.

c) USG (ultrasonografi): merupakan sarana diagnostik yang baik untuk memastikan kematian janin.

g) Nyeri perut hebat

Ibu mengeluh nyeri perut pada kehamilan trimester 3. Apabila nyeri abdomen itu berhubungan dengan proses persalinan normal adalah normal. Tetapi nyeri abdomen yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat sangat berkemungkinan menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Nyeri hebat tersebut bisa berarti epindisitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantung empedu, uterus yang iritabel, abrupsi plasenta, ISK (infeksi saluran kencing) atau infeksi lain.

8) Deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III dan penanganan serta prinsip rujukan kasus

a) Menilai faktor resiko dengan skor Poedji Rochyati

a) Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, atau ketidak puasan pada ibu atau bayi (Poedji

Rochjati, 2003). Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (*high risk*):

- b) Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
- c) Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.
- d) Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2010).

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas pelayanan kesehatan ibu dan anak maupun di masyarakat (Niken Meilani, dkk, 2009).

Beberapa keadaan yang menambah risiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi risiko kehamilannya (Syafrudin dan Hamidah, 2009).

Salah satu peneliti menetapkan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut :

- (a) Poedji Rochayati: primipara muda berusia <16 tahun, primipara tua berusia > 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan

<145cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan prematur, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, operasi sesar), preeklamsia, eklamsia, gravida serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

(2) Skor poedji rochjati

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan (Dian, 2007). Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- (a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- (b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- (c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor  $\geq 12$  (Rochjati Poedji, 2003).

b) Tujuan sistem skor

Adapun tujuan sistem skor Poedji Rochjati adalah sebagai berikut :

- (1) Membuat pengelompokkan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.

- (2) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

c) Fungsi skor

- a) Sebagai alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE – bagi klien/ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.
- b) Alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu Risiko Tinggi dan lebih intensif penanganannya.

d) Cara pemberian skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2,4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eklamsi diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi (Poedji Rochjati, 2003 dalam Pudiastuti 2012

Keterangan :

Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.

Bila skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS/DSPOG

- (1) Pencegahan kehamilan risiko tinggi
- (2) Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.

Skor 2 : Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.

Skor 6 – 10 : Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.

Skor 12 : Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis (Rochjati Poedji, 2003).

- (3) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.

Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan nifas, mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas, memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana, menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal. (Manuaba, 2010)

#### 5) Pendidikan kesehatan

Diet dan pengawasan berat badan, kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan (anemia, partus prematur, abortus, dll), sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan (pre-eklamsia, bayi terlalu besar, dll) (Sarwono, 2007).

Hubungan seksual, hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual (Manuaba, 2010). Pada umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati (Sarwono, 2007).

Kebersihan dan pakaian, kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil. Pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong payudara, pakaian dalam yang selalu bersih (Sarwono, 2007).

Perawatan gigi, pada triwulan pertama wanita hamil mengalami mual dan muntah (morning sickness). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, gingivitis, dan sebagainya (Sarwono, 2007).

Perawatan payudara, bertujuan memelihara *hygiene* payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam (Manuaba, 2010).

Imunisasi *Tetanus Toxoid*, untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum (Sarwono, 2007).

#### 9) Konsep Antenatal Care Standar Pelayanan antenatal (10 T)

Menurut Kementrian Kesehatan RI (2013), menyatakan dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

b) Pengukuran tinggi badan (T2)

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion)

c) Tentukan tekanan darah (T3)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria)

d) Tentukan status gizi (ukur LILA) (T4)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana

LiLA kurang dari 23,5 cm. ibu hamil dengan KEK akan melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR)

e) Tinggi fundus uteri (T5)

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran penggunaan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

Tab 3.TFU Menurut Penambahan Tiga Jari

UK(minggu)	Fundus uteri (TFU)
16	Pertengahan pusat – simfisis
20	Dibawah pinggir pusat
24	Pinggir pusat atas
28	3 jari atas pusat
32	½ pusat – <i>proc. Xiphoides</i>
36	1 jari dibawah <i>proc. Xiphoides</i>
40	3 jari dibawah <i>proc. Xiphoides</i>

Sumber : Nugroho,dkk, 2014.

f) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (T6)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada



kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

g) Skrining imunisasi Tetanus Toksoid (T7)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonaturum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT2 agar mendapat perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan TT5 (TT Long Life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Interval minimal pemberian Imunisasi TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada tabel 2.2 selang waktu pemberian imunisasi Tetanus Toxoid.

Tabel 5 selang waktu pemberian imunisasi Tetanus Toxoid

An tig en	Interval (selang waktu minimal)	Lama Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-
TT 2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT4	25 Tahun/Seumur hidup

(Sumber: Kementerian Kesehatan, 2014)

h) Tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan (T8)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam

folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat (Kemenkes RI, 2015).

i) Tes laboratorium (T9)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah dan pemeriksaan spesifik daerah endemis (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi

c) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua dan sekali pada trimester ketiga.

e) Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kunjungan pertama antenatal. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi.

f) Pemeriksaan tes sifilis

Dilakukan di daerah risiko tinggi dan ibu hamil yang menderita sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

g) Pemeriksaan HIV(human immun)

Tes HIV wajib ditawarkan oleh tenaga kesehatan ke semua ibu hamil secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin. Teknik penawaran ini disebut tes HIV atas inisiatif pemberi pelayanan kesehatan (TIPK)

h) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan

agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

j) Tata laksana kasus (T10)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar kewenangan tenaga kesehatan. Kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

k) Temu wicara termasuk P4K serta KB pasca salin (T11)

Dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

a) Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

b) Perilaku hidup sehat dan bersih

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta olahraga ringan.

c) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon pendonor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

- d) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenai tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dan sebagainya.

- e) Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

- f) Gejala penyakit menular dan tidak menular

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular dan tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

- g) Penawaran untuk melakukan tes HIV (Human Immunodeficiency Virus) dan konseling di daerah Epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS (Infeksi Menular Seksual) dan Tuberkulosis di daerah Epidemi rendah.

- h) Setiap ibu hamil ditawarkan untuk melakukan tes HIV dan segera diberikan informasi mengenai risiko penularan HIV dari ibu ke janinnya. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dilakukan konseling pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA). Bagi ibu hamil yang negatif diberikan penjelasan untuk menjaga tetap HIV negatif Selama hamil, menyusui dan seterusnya.

- i) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif  
Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.
- j) KB paska bersalin  
Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu untuk merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga.
- k) Imunisasi  
Setiap ibu hamil harus mempunyai status imunisasi (T) yang masih memberikan perlindungan untuk mencegah ibu dan bayi mengalami tetanus neonatorum. Setiap ibu hamil minimal mempunyai mempunyai status imunisasi T2 agar terlindungi terhadap infeksi tetanus.
- l) Perawatan payudara  
Setiap ibu bersalin wajib melakukan perawatan payudara agar terhindar dari bendungan payudara dan *abses* payudara.
- m) Senam Hamil  
Setiap ibu hamil wajib melakukan senam hamil agar memperlancar proses persalinan.
- n) Pemberian obat anti malaria

Setiap ibu hamil wajib mengkonsumsi obat anti malaria apabila sedang mengalami atau bepergian ke daerah yang endemis.

o) Temu Wicara

Melakukan wawancara terhadap semua ibu yang dianggap membutuhkan perawatan medis.

p) Pelayanan antenatal yang dapat diberikan pada ibu hamil saat melakukan kunjungan antenatal minimal 14 TT (timbang berat badan, mengukur tinggi badan, mengukur tekanan darah, mengukur TFU, pemberian imunisasi TT, tablet besi minimal 90 tablet, pemeriksaan Hb, protein urine, reduksi urine, temu wicara, perawatan payudara, senam hamil, terapi kapsul iodium urin dan anti malaria pada daerah endemis ).

10) Kebijakan kunjungan antenatal care menurut Kemenkes

Mengatakan kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya minimal 4 kali selama kehamilan yaitu : Minimal 1 kali pada trimester pertama (K1), Minimal 1 kali pada trimester kedua, Minimal 2 kali pada trimester ketiga (K4).

Menurut Marmi (2011), jadwal pemeriksaan antenatal sebagai berikut:

- a) Pada Trimester I, kunjungan pertama dilakukan sebelum minggu ke 14. Bidan memberikan asuhan pada kunjungan pertama, yakni: Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan, mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa, dan mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, kebersihan, istirahat).
- b) Pada trimester II, kunjungan kedua dilakukan sebelum minggu ke 28. Pada kunjungan ini bidan memberikan asuhan sama dengan trimester I dan trimester II ditambah

kewaspadaan, pantau tekanan darah, kaji oedema, periksa urine untuk protein urine.

- c) Pada trimester III, kunjungan ketiga antara minggu ke 28-36. Pada kunjungan ini bidan memberikan asuhan sama dengan trimester I dan trimester II ditambah palpasi abdomen untuk deteksi gemeli.
- d) Pada trimester III setelah 36 minggu, kunjungan keempat asuhan yang diberikan sama dengan TM I, II, III ditambah deteksi kelainan letak, kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit.

#### 11) Program Puskesmas P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

##### a) Pengertian

P4K adalah merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan khususnya, dalam rangka peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

Fokus dari P4K adalah pemasangan stiker pada setiap rumah yang ada ibu hamil. Diharapkan dengan adanya stiker (Gambar1) di depan rumah, semua warga masyarakat mengetahui dan juga diharapkan dapat memberi bantuannya. Di lain pihak masyarakat diharapkan dapat mengembangkan norma-norma sosial termasuk kepeduliannya untuk menyelamatkan ibu hamil dan ibu bersalin. Dianjurkan kepada ibu hamil untuk melahirkan ke fasilitas kesehatan termasuk bidan desa. Bidan diharuskan melaksanakan pelayanan kebidanan antara lain pemeriksaan



kehamilan, pertolongan persalinan, asuhan masa nifas dan perawatan bayi baru lahir sehingga kelak dapat mencapai dan mewujudkan Visi Departemen Kesehatan, yaitu "Masyarakat Mandiri untuk Hidup Sehat".

- b) Peran dan fungsi bidan pada ibu hamil dalam P4K, menurut Depkes (2015), yaitu:

Melakukan pemeriksaan ibu hamil (ANC) sesuai standar (minimal 4 kali selama hamil) mulai dari pemeriksaan keadaan umum, Menentukan taksiran partus (sudah dituliskan pada stiker), keadaan janin dalam kandungan, pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, pemberian imunisasi TT (dengan melihat status imunisasinya), pemberian tablet Fe, pemberian pengobatan/ tindakan apabila ada komplikasi.

Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga mengenai : tanda-tanda persalinan, tanda bahaya persalinan dan kehamilan, kebersihan pribadi dan lingkungan, kesehatan & gizi, perencanaan persalinan (bersalin di bidan, menyiapkan transportasi, menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah), perlunya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif, KB pasca persalinan.

Melakukan kunjungan rumah untuk penyuluhan /konseling padakeluarga tentang perencanaan persalinan, memberikan pelayanan ANC bagi ibu hamil yang tidak datang ke bidan, motivasi persalinan di bidan pada waktu menjelang taksiran partus, dan membangun komunikasi persuasif dan setara, dengan forum peduli KIA dan dukun untuk peningkatan partisipasi aktif unsur-unsur masyarakat dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak.

Melakukan rujukan apabila diperlukan. Memberikan penyuluhan tanda, bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas. Melibatkan peran serta kader dan tokoh masyarakat, serta melakukan pencatatan pada : kartu ibu, Kohort ibu, Buku KIA

## 12) Kehamilan dengan Anemia

### a) Definisi anemia

Anemia adalah kekurangan hemoglobin (HB). Hb adalah protein dalam sel darah merah, yang mengantar oksigen dari paru-paru ke bagian tubuh yang lain. Anemia menyebabkan sesak napas dan pusing (Syafudin, 2010).

Anemia adalah kondisi dimana berkurangnya sel darah merah (Eritrosit) dalam sirkulasi darah atau masa hemoglobin sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen ke seluruh jaringan. Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relative mudah, bahkan murah. Anemia pada kehamilan merupakan masalah nasional karena mencerminkan nilai kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat, dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas sumber daya manusia. Anemia kehamilan disebut "*Potential danger to mother and child*" (potensi membahayakan ibu dan anak), karena itulah anemia merupakan perhatian serius dari semua pihak terkait dalam pelayanan kesehatan (Manuaba, 2012).

Menurut Manuaba 2014, Klasifikasi derajat anemia sebagai berikut :

- 1) Hb 11 g% Tidak Anemia
- 2) Hb 9-10 g% Anemia Ringan
- 3) Hb 7-8g% Anemia Sedang
- 4) Hb > 7 g% Anemia Berat

b) Patofisiologi anemia

Perubahan hematologi sehubungan dengan kehamilan dan oleh karena perubahan sirkulasi yang semakin meningkat terhadap plasenta dan pertumbuhan payudara. Volume plasma meningkat 45-65 % dimulai pada trimester II kehamilan, dan maksimum terjadi pada bulan kesembilan dan meningkatnya sekitar 1000 ml, menurun sedikit menjelang aterm serta kembali normal 3 bulan setelah partus. Stimulasi yang meningkatkan volume plasma seperti lactogen plasma, yang menyebabkan peningkatan sekresi aldekteron.

c) Penyebab anemia

Anemia dapat terjadi bila tubuh kita tidak membuat sel darah merah secukupnya. Anemia juga disebabkan kehilangan atau kerusakan pada sel tersebut. Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan anemia yaitu :

(1) Kekurangan zat besi, vitamin B12 atau asam folat.

Anemia megaloblastik disebabkan kekurangan zat asam folat, cirinya ukuran sel darah merah yang besar dan berwarna merah muda.

(2) Kerusakan pada sum-sum tulang dan ginjal

(3) Kehilangan darah akibat perdarahan dalam satu siklus haid perempuan

(4) Penghancuran sel darah merah (anemia hemolitik)

(5) Infeksi, misalnya infeksi HIV dan infeksi oportunistik terkait dengan penyakit HIV

(6) Obat-obatan, ada beberapa obat yang dapat menyebabkan anemia, misalnya obat yang dipakai untuk mengobati HIV dan infeksi terkait dan beberapa obat fisioterapi

(7) Kehamilan, pada kehamilan terjadi proses hemolisis (pengenceran darah) yang dapat menyebabkan anemia defisiensi besi (Syafudin, 2011).

Dalam kehamilan jumlah darah bertambah karena itu terjadi pengenceran darah karena sel darah tidak sebanding pertumbuhannya dengan plasma darah. Secara fisiologis pengenceran darah ini membantu meringankan kerja jantung.

d) Jenis-jenis anemia

Anemia dapat diklasifikasikan secara morfologis menurut ukuran sel dan hemoglobin yang dikandungnya.

1) Makrositik

Anemia makrositik ukuran sel darah merah bertambah besar dan jumlah haemoglobin tiap sel juga bertambah.

Ada dua jenis anemia ini, yaitu :

(a) Anemia megaloblastik adalah kekurangan vitamin B12, asam folat dan gangguan sintesis DNA.

(b) Anemia non megaloblastik adalah eritropoiesis yang dipercepat dan peningkatan luas permukaan membran.

e) Mikrositik

Mengecilnya ukuran sel darah merah yang disebabkan oleh defisiensi zat besi, gangguan sintesis globin, porfirin dan heme serta gangguan metabolisme besi lainnya.

f) Normositik

Anemia normositik ukuran sel darah merah tidak berubah, ini disebabkan kehilangan darah yang parah, meningkatnya volume plasma secara berlebihan, penyakit-penyakit hemolitik, gangguan endokrin, ginjal dan hati (Masrizal, 2007).

g) Kebutuhan zat besi pada wanita hamil

Dalam kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32-34 minggu. Jumlah peningkatan sel darah 18%-30% dan haemoglobin sekitar 19%. Bila haemoglobin ibu sebelum hamil sekitar 11%, maka dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia hamil fisiologis dan Hb ibu akan menjadi 9,5-10 gr%. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan II.

h) Pengaruh anemia pada kehamilan dan janin

a) Bahaya selama kehamilan

Abortus, partus prematurus, partus lama, perdarahan post partum karena atonia uteri, syok, infeksi, baik intrapartum maupun postpartum, anemia yang sangat berat dengan Hb kurang dari 4 gr/100 ml dapat menyebabkan dekompensasi kardis.

b) Bahaya terhadap janin

Hasil konsepsi (janin, plasenta, darah) membutuhkan zat besi dalam jumlah besar untuk pembuatan butir-butir darah merah dan pertumbuhannya, yaitu sebanyak 0,5 gr besi. Jumlah ini merupakan 1/10 dari seluruh zat besi dalam tubuh. Terjadinya anemia dalam kehamilan tergantung dari jumlah persediaan besi dalam hati, limpa dan sum-sum tulang. Bagi hasil konsepsi anemia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang baik, seperti : kematian perinatal; prematuritas; dapat terjadi cacat bawaan; cadangan besi kurang.

c) Tanda-tanda dan gejala anemia

Kelelahan dan kelemahan umum dapat merupakan satu-satunya gejala penurunan kapasitas pengangkutan oksigen (Ben-Zion, 2008). Gejala dapat berupa kepala pusing, palpitasi berketuk-ketuk, perubahan jaringan epitel kuku, gangguan sistem neuromuskular, lesu, lemah, disfagia dan pembesaran kelenjar limpa. Bila kadar Hb < 7 gr/dl maka gejala dan tanda anemia akan jelas.

d) Dampak yang ditimbulkan

Menurut Masrizal, 2007 Akibat yang merugikan kesehatan pada individu yang menderita anemia gizi besi adalah :

(a) Bagi bayi dan anak (0-9 tahun)

Gangguan perkembangan motorik dan koordinasi, gangguan perkembangan dan kemampuan belajar dan gangguan pada psikologis dan perilaku

(b) Wanita hamil

Peningkatan angka kesakitan dan kematian ibu, peningkatan angka kesakitan dan kematian janin, dan peningkatan resiko janin dengan berat badan lahir rendah.

(c) Selama persalinan

Gangguan his mempengaruhi kekuatan mengejan, kala I berlangsung lama dan terjadi partus terlantar, kala II berlangsung lama dan kala III dan IV dapat terjadi perdarahan post partum

(d) Masa nifas

Terjadi sub involusi uteri menimbulkan perdarahan, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi decompensasi cordis mendacae, anemia kala nifas, dan mudah terjadi infeksi mammae.

i) Penatalaksanaan dan asuhan kebidanan terhadap anemia yaitu:

- 1) Pada pemeriksaan ANC bidan mengkaji penyebab anemia dari riwayat diet untuk mengetahui adakah kemungkinan *pica*, kebiasaan mengidam berlebihan dan mengonsumsi makanan-makanan tertentu dan riwayat medis yang adekuat dan uji yang tepat (Robson, 2011).
- 2) Memberikan sulfat ferosus 200 mg 2-3 kali sehari. Sulfat ferosus diberikan 1 tablet pada hari pertama kemudian dievaluasi apakah ada keluhan (misalnya mual, muntah, feses berwarna hitam), apabila tidak ada keluhan maka pemberian sulfat ferosus dapat dilanjutkan hingga anemia terkoreksi (Robson, 2011)
- 3) Apabila pemberian zat besi peroral tidak berhasil (misalnya pasien tidak kooperatif) maka bisa diberikan dosis parenteral (per IM atau per IV) dihitung sesuai berat badan dan defisit zat besi (Robson, 2011).
- 4) Transfusi darah diindikasikan bila terjadi *hipovolemia* akibat kehilangan darah atau prosedur operasi darurat. Wanita hamil dengan anemia sedang yang secara hemodinamis stabil, dapat beraktifitas tanpa menunjukkan gejala menyimpang dan tidak septik, transfusi darah tidak diindikasikan, tetapi diberi terapi besi selama setidaknya 3 bulan (Cunningham, 2013)
- 5) Evaluasi pemberian terapi dengan cara pemantauan kadar Hb dapat dilakukan 3-7 hari setelah hari pertama pemberian dosis sulfat ferosus (*retikulosit* meningkat mulai hari ketiga dan mencapai puncaknya pada hari ketujuh). Sedangkan pemantauan kadar Hb pada pasien yang mendapat terapi transfusi dilakukan minimal 6 jam setelah transfusi (Yan, 2011).

- 6) Anjurkan ibu mengonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi diantaranya telur (kuning telur), Ikan, Legum, Daging (hati adalah sumber tertinggi), unggas, kismis, whole roti gandum. (Proverawati, 2011)

j) Prinsip diet bagi ibu hamil dengan anemia

Kecukupan zat besi bagi perempuan dewasa di Indonesia adalah 14 sampai 26 mg. Kebutuhan kehamilan perlu penambahan 20 mg per hari. Kebutuhan zat besi ini dapat dipenuhi dengan mengonsumsi zat besi atau mengonsumsi bahan makanan yang cukup mengandung zat besi. Oleh karena itu prinsip diet ibu hamil harus memperhatikan hal-hal berikut:

- 1) Ibu hamil harus mengonsumsi sejumlah tablet zat besi sesuai dengan anjuran selama kehamilan yang dimulai pada trimester dua dan tiga.
- 2) Diet sehari-hari harus mengandung zat besi seperti daging, ayam, ikan, telur, kacang-kacangan, sayuran hijau dan buah.
- 3) Konsumsi makanan yang mengandung vitamin C, karena vitamin C meningkatkan penyerapan zat besi.
- 4) Menghindari minum teh atau kopi pada waktu makan.
- 5) Menghindari makanan yang mengandung EDTA (mentega, kerang kalengan, bumbu salad), karena dapat mengurangi tersedianya zat besi non-heme sebesar 50 persen.
- 6) Hindari faktor diet lainnya yang membatasi tersedianya zat besi seperti fitat, zat yang terdapat dalam gandum.
- 7) Konsumsi pula bahan makanan yang banyak mengandung asam folat dan vitamin B12, karena anemia dapat terjadi karena kombinasi kekurangan zat



besi asam folat dan vitamin B12 (Martini, Prasetyowati, 2012)

c. Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (Depkes RI 2008).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Erawati, 2011).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (Ilmiah, 2015).

Persalinan normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif sering dan kuat (Walyani, 2015)

2. Sebab-sebab persalinan

Menurut Marmi (2012), ada beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan yaitu :

a. Teori Penurunan Kadar Hormon Prostaglandin

Progesteron merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan, yang fungsinya menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membrane istirahat pada sel miometrium sehingga menstabilkan Ca membran dan kontraksi berkurang. Pada akhir kehamilan, terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

b. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan irritability miometrium karena peningkatan konsentrasi actin-myosin dan adenosin tripospat (ATP). Estrogen juga memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium).

c. Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hicks

Oksitosin merupakan hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, dan akan berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan tidak banyak dijumpai pada serviks uteri. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron menyebabkan oksitosin meningkat sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori Keregangan (Distensi Rahim)

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter.

e. Teori Fetal Cortisol

Teori ini sebagai pemberi tanda untuk dimulainya persalinan akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen sehingga menyebabkan peningkatan produksi prostaglandin dan irritability miometrium. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

f. Teori Prostaglandin

Prostaglandin E dan Prostaglandin F (pE dan Fe) bekerja dirahim wanita untuk merangsang kontraksi selama kelahiran. PGE<sub>2</sub>

menyebabkan kontraksi rahim dan telah digunakan untuk menginduksi persalinan. Prostaglandin yang dikeluarkan oleh deciduas konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.

g. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus (tanpa batok kepala), sehingga terjadi kelambatan dalam persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin. Dan Glandula Suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

h. Teori Iritasi Mekanik

Di belakang serviks terdapat ganglion servikale (fleksus frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan menyebabkan kontraksi.

i. Teori Plasenta Sudah Tua

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar progesteron dan estrogen yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah dimana hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

j. Teori Tekanan Serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi.

3. Tahapan persalinan (kala I, II, III dan IV)

Menurut Setyorini (2013) tahapan persalinan dibagi menjadi :

a. Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan lendir bercampur darah, karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari

pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar *karnalis servikalis* karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Pada kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap. Fase kala I terdiri atas :

- 1) Fase *laten* : pembukaan 0 sampai 3 cm dengan lamanya sekitar 8 jam.
- 2) Fase aktif, terbagi atas :
  - a) Fase *akselerasi* : pembukaan yang terjadi sekitar 2 jam, dari mulai pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
  - b) Fase *dilatasi maksimal* : pembukaan berlangsung 2 jam, terjadi sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
  - c) Fase *deselerasi* : pembukaan terjadi sekitar 2 jam dari pembukaan 9 cm sampai pembukaan lengkap. Fase tersebut pada primigravida berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada multigravida sekitar 7 jam. Secara klinis dimulainya kala I persalinan ditandai adanya his serta pengeluaran darah bercampur lendir/*bloody show*. Lendir berasal dari lendir kanalis servikalis karena servik membuka dan mendatar, sedangkan darah berasal dari pembuluh darah kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis yang pecah karena pergeseran-pergeseran ketika servik membuka.

Asuhan yang diberikan pada Kala I yaitu :

#### 1) Penggunaan Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan

dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan (Setyorini, 2013). Pencatatan Partograf seperti Kemajuan persalinan. Pembukaan servik dinilai pada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (X). Garis waspadris ya merupakan sebuah garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam.

Penurunan Kepala Janin. Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

Kontraksi Uterus Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat

lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu : kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

**Keadaan Janin: Denyut Jantung Janin ( DJJ ).** Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 1 dan 100. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

**Warna dan Adanya Air Ketuban.** Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah) dan **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering).

**Molase Tulang Kepala Janin.** Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode molase **(0)** tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, **(1)** tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan, **(2)** tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa

dipisahkan, (3) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

Keadaan Ibu. Yang perlu diobservasi yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volume,protein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin pervolume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan.

Informasi tentang ibu : nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam, urin, aseton, protein tiap 2- 4 jam (catat setiap kali berkemih) (Hidayat,2010).

## 2) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan,artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman.

## 3) Mengurangi Rasa Sakit

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit saat persalinan adalah seseorang yang dapat mendukung persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan

pernapasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses, kemajuan dan prosedur.

#### 4) Persiapan Persalinan

Yang perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan.

#### b. Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran. Tanda dan gejala kala II yaitu: Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (Setyorini, 2013).

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Mekanisme persalinan adalah rangkaian gerakan pasif dari janin terutama yang terkait dengan bagian terendah janin. Secara singkat dapat disimpulkan bahwa selama proses persalinan janin melakukan gerakan utama yaitu turunnya kepala, fleksi, putaran paksi dalam, ekstensi, putaran paksi luar, dan ekspulsi. Dalam kenyataannya beberapa gerakan terjadi bersamaan (Setyorini, 2013).

Posisi meneran, bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenta tetap baik. Posisi meneran dalam persalinan yaitu



: Posisi miring, posisi jongkok, posisi merangkak, posisi semi duduk dan posisi duduk (Setyorini, 2013).

Persiapan penolong persalinan yaitu : sarung tangan, perlengkapan pelindung pribadi, persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan, persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi, serta persiapan ibu dan keluarga.

c. Kala III

Menurut Hidayat (2010) dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya. Biasanya placenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta terjadi disertai dengan pengeluaran darah. Tanda pelepasan plasenta adalah uterus menjadi bundar, darah keluar secara tiba-tiba, tali pusat semakin panjang. Manajemen aktif kala III :

- 1) Memberikan Oksitosin 10 IU
- 2) Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin
- 3) Lakukan PTT (Penegangan Tali Pusat Terkendali)
- 4) Masase fundus

d. Kala IV

Menurut Hidayat (2010) Pemantauan kala IV ditetapkan sebagai waktu 2 jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan post partum dapat dihindarkan.

Sebelum meninggalkan ibu post partum harus diperhatikan tujuh pokok penting yaitu kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan pervaginam atau perdarahan lain pada alat genital lainnya,

plasenta dan selaput ketuban telah dilahirkan lengkap, kandung kemih harus kosong, luka pada perinium telah dirawat dengan baik, dan tidak ada hematom, bayi dalam keadaan baik, ibu dalam keadaan baik, nadi dan tekanan darah dalam keadaan baik.

#### 4. Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

Praktik pencegahan yang akan dijelaskan pada asuhan persalinan normal meliputi :

- a. Mencegah infeksi secara konsisten dan sistematis
- b. Memberikan asuhan rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir, termasuk penggunaan partograf
- c. Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan, pasca persalinan dan nifas
- d. Menyiapkan rujukan ibu bersalin dan bayinnya
- e. Menghindari tindakan- tindakan berlebihan atau berbahaya
- f. Penatalaksanaan aktif kala III secara rutin
- g. Mengasuh bayi baru lahir
- h. Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayinya
- i. Mengajarkan ibu dan keluarganya untuk mengenali secara dini bahaya yang mungkin terjadi selama masa nifas pada ibu dan bayinya
- j. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan

Tujuan lain dari asuhan persalinan adalah :

- a) Meningkatkan sikap positif terhadap keramahan dan keamanan dalam memberikan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukannya.

- b) Memberikan pengetahuan dan keterampilan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukan yang berkualitas dan sesuai dengan prosedur standar.
- c) Mengidentifikasi praktek-praktek terbaik bagi penatalaksanaan persalinan dan kelahiran :
  - (1) Penolong yang terampil
  - (2) Kesiapan menghadapi persalinan, kelahiran, dan kemungkinan komplikasinya
  - (3) Partograf
  - (4) Episiotomi terbatas hanya atas indikasi
  - (5) Mengidentifikasi tindakan-tindakan yang merugikan dengan maksud menghilangkan tindakan tersebut (Marmi, 2011).

#### 5. Tanda-tanda persalinan

Menurut Marmi (2012), tanda-tanda persalinan yaitu :

##### a) Tanda-tanda persalinan sudah dekat

###### (1) Tanda Lightening

Menjelang minggu ke 36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan : kontraksi *Braxton His*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum Rotundum*, dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan :

- a) Ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang.
- b) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal.
- c) Terjadinya kesulitan saat berjalan.
- d) Sering kencing (*follaksuria*).

###### (2) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilam, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih

sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu antara lain :

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah.
- b) Datangnya tidak teratur.
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
- d) Durasinya pendek.
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas.

#### 6. Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (Inpartu)

##### a. Terjadinya His Persalinan

His merupakan kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan servik. Kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya didekat *cornuuteri*. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat : adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara *syncron* dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap itsmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan).

His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan, Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar, Terjadi perubahan pada serviks, Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah, Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (*show*).

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum dan sectio caesarea.

#### Dilatasi dan Effacement

Dilatasi merupakan terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement merupakan pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas

#### 7. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Ilmiah (2015) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan terdiri dari :

##### a. Faktor passage (jalan lahir)

###### 1) Pengertian *passager*

Menurut Lailiyana (2011) Passage atau jalan lahir terdiri bagian keras (Tulang – tulang panggul dan sendi – sendinya) dan bagian lunak (otot – otot atau jaringan, dan ligament) tulang – tulang panggul meliputi 2 tulang pangkalan paha (*Ossa coxae*), 1 tulang kelangkang (*ossa sacrum*), dan 1 tulang tungging (*ossa coccygis*).

## 2) Bidang hodge

Menurut Marmi (2012) bidang hodge antara lain sebagai berikut :

(1)*Hodge I* : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan *promontorium*.

(2)*Hodge II* : sejajar dengan *hodge I* setinggi pinggir bawah symphysis.

(3)*Hodge III* : sejajar *hodge I* dan II setinggi *spina ischiadica* kanan dan kiri.

(4)*Hodge IV* : sejajar *hodge I, II, III* setinggi *coccygis*.

## b. Faktor power

*Power* adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

### 1) His (kontraksi otot uterus)

His adalah kontraksi otot – otot polos rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : kontraksi simetris, fundus dominan, relaksasi, pada setiap his dapat menimbulkan perubahan yaitu serviks menipis dan membuka. Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin hal – hal yang harus diperhatikan dari his:

2) Frekuensi his jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per menit atau persepuluh menit.

3) Intensitas his kekuatan his diukur dalam mmHg. Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan – jalan sewaktu persalinan masih dini.

- 4) Durasi atau lama his lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, dengan durasi 40 detik atau lebih.
- 5) Datangnya his apakah datangnya sering, teratur atau tidak.
- 6) Interval jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampai 3 menit.
- 7) Aktivitas his Frekuensi x amplitudo diukur dengan unit *Montevideo*.
- 8) Pembagian his dan sifat – sifatnya

Pembagian sifat his menurut Marmi (2012) sebagai berikut :

a) His pendahuluan

His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan *bloody show*.

b) His pembukaan

His yang terjadi sampai pembukaan serviks 10 cm, mulai kuat, teratur, terasa sakit atau nyeri.

c) His pengeluaran

Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

d) His pelepasan uri (Kala III)

Kontraksi sedang untuk melepas dan melahirkan plasenta.

e) His pengiring

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

c. Faktor passanger

1) Janin

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan.

2) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau pasenger yang menyertai janin namun placenta jarang menghambat pada persalinan normal.

3) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membran janin dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah ruptura atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga disaat terjadinya dilatasi servik atau pelebaran muara dan saluran servik yang terjadi di awal persalinan dapat juga terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh.

d. Faktor psikis

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bias melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “ keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata. Psikologis tersebut meliputi :

- 1) Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual
- 2) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Sikap negatif terhadap persalinan dipengaruhi oleh :

- 1) Persalinan sebagai ancaman terhadap keamanan
- 2) Persalinan sebagai ancaman pada self-image
- 3) Medikasi persalinan



- 4) Nyeri persalinan dan kelahiran
- e. Faktor penolong
 

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan
8. Perubahan dan adaptasi fisiologis psikologis pada ibu bersalin
  - a. Kala I
    - 1) Perubahan dan Adaptasi Fisiologis
      - a) Perubahan Uterus
 

Kontraksi uterus terjadi karna adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormone progesterone yang menyebabkan keluarnya hormone okxitosin. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar estrogen dan progesteron menurun kira-kira satu sampai dua minggu sebelum partus dimulai sehingga menimbulkan uterus berkontraksi. Kontraksi uterus mula-mula jarang dan tidak teratur dengan intensitasnya ringan. Kemudian menjadi lebih sering, lebih lama dan intensitasnya semakin kuat seiring (Walyani,2015).
      - b) Perubahan Serviks
 

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi ostium uteri internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena karnalis servikkalis membesar dan atas membentuk ostium uteri eksternal (OUE) sebagai ujung dan bentuk yang sempit. Pada wanita nullipara, serviks biasanya tidak akan berdilatasi hingga penipisan sempurna, sedangkan pada wanita

multipara, penipisan dan dilatasi dapat terjadi secara bersamaan dan kanal kecil dapat teraba diawal persalinan. Hal ini sering kali disebut bidan sebagai “ os multips”.

Pembukaan serviks disebabkan oleh karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar di sekitar ostium meregangkan untuk dapat dilewati kepala. Pada primigravida dimulai dari ostium uteri internum terbuka lebih dahulu sedangkan ostium eksternal membuka pada saat persalinan terjadi. Pada multigravida ostium uteri internum eksternum membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi (Marmi, 2011).

c) Perubahan Kardiovaskuler

Selama kala I kontraksi menurunkan aliran darah menuju uterus sehingga jumlah darah dalam sirkulasi ibu meningkat dan resistensi perifer meningkat sehingga tekanan darah meningkat rata-rata 15 mmHg. Saat mengejan kardiak output meningkat 40-50%. Oksigen yang menurun selama kontraksi menyebabkan hipoksia tetapi dengan kadar yang masih adekuat sehingga tidak menimbulkan masalah serius. Pada persalinan kala I curah jantung meningkat 20% dan lebih besar pada kala II, 50% paling umum terjadi saat kontraksi disebabkan adanya usaha ekspulsi.

Perubahan kerja jantung dalam persalinan disebabkan karena his persalinan, usaha ekspulsi, pelepasan plasenta yang menyebabkan terhentinya peredaran darah dari plasenta dan kemabli kepada peredaran darah umum. Peningkatan aktivitas direfleksikan dengan peningkatan suhu tubuh, denyut jantung, respirasi cardiac output dan kehilangan cairan (Marmi, 2011)

d) Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10 – 20 mmHg dan diastolic rata-rata 5 – 10 mmHg diantara kontraksi-kontraksi uterus. Jika seorang ibu dalam keadaan yang sangat takut atau khawatir, rasa takutnya yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. dalam hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya untuk mengesampingkan preeklamsia.

Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Posisi tidur terlentang selama bersalin akan menyebabkan penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta) yang akan menyebabkan sirkulasi darah baik untuk ibu maupun janin akan terganggu, ibu dapat terjadi hipotensi dan janin dapat asfiksia (Walyani, 2015).

e) Perubahan Nadi

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan hal yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi (Walyani, 2015).

f) Perubahan Suhu

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C. suhu badan yang sedikit naik merupakan hal yang wajar, namun keadaan ini

berlangsung lama, keadaan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Pemantauan parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban pecah atau belum, karena hal ini merupakan tanda infeksi (Walyani, 2015)

g) Perubahan Pernafasan

Kenaikan pernafasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekwatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar. Untuk itu diperlukan tindakan untuk mengendalikan pernapasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai oleh adanya perasaan pusing. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea ( karbondioksida menurun), pada tahap kedua persalinan. Jika ibu tidak diberi obat-obatan, maka ia akan mengkonsumsi oksigen hampir dua kali lipat (Marmi, 2011).

h) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerob akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

Hal ini bermakna bahwa peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapatkan perhatian serta tindak lanjut guna mencegah terjadinya dehidrasi.

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten, tetapi

setelah memasuki fase aktif, biasanya mereka hanya menginginkan cairan saja. Anjurkan anggota keluarga menawarkan ibu minum sesering mungkin dan makan makanan ringan selama persalinan. Hal ini dikarenakan makanan dan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi, dimana dehidrasi bisa memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Marmi, 2011).

i) Perubahan Ginjal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh cardiac output, serta disebabkan karena, filtrasi glomerulus serta aliran plasma dan renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang, yang mempunyai efek mengurangi urin selama kehamilan. Kandung kemih harus dikontrol setiap 2 jam yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urin setelah melahirkan. Protein dalam urin (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah wanita bersalin. Tetapi protein urin (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara anemia, persalinan lama atau pada kasus preeklamsia.

Hal ini bermakna bahwa kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah : obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang

lama yang akan mengakibatkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama pasca partum awal. Lebih sering pada primipara atau yang mengalami anemia atau yang persalinannya lama dan preeklamsi (Marmi, 2011)

j) Perubahan pada Gastrointestinal

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dengan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa. Makanan yang diingesti selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan.

Hal ini bermakna bahwa lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan umum selama masa transisi. Oleh karena itu, wanita dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan hidrasi. Pemberian obat oral tidak efektif selama persalinan. Perubahan pada saluran cerna kemungkinan timbul sebagai respon terhadap salah satu atau kombinasi faktor-faktor yaitu: kontraksi uterus, nyeri, rasa takut dan khawatir, obat, atau komplikasi (Marmi, 2011).

k) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada

hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih selama progresif meningkat selama kala 1 persalinan sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata-rata 15000 pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot dan rangka. Hal ini bermakna bahwa, jangan terburu-buru yakin kalau seorang wanita tidak anemia jika tes darah menunjukkan kadar darah berada diatas normal, yang menimbulkan resiko meningkat pada wanita anemia selama periode intrapartum. Perubahan menurunkan resiko perdarahan pasca partum pada wanita normal, peningkatan sel darah putih tidak selalu mengidentifikasi infeksi ketika jumlah ini dicapai. Tetapi jika jumlahnya jauh diatas nilai ini, cek parameter lain untuk mengetahui adanya infeksi (Marmi, 2011)

b) Perubahan dan Adaptasi Psikologis Kala I

Menurut Marmi (2011) perubahan dan adaptasi psikologi kala I yaitu:

Pada fase laten ini, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran apa yang akan terjadi. Secara umum ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi keadaan tersebut dengan baik. Namun wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan

menjadi waktu dimana ibu akan banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas bahwa ibu akan segera bersalin. Bagi wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respon emosionalnya pada fase laten persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan koping tanpa memperhatikan tempat persalinan.

Pada fase aktif ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dan ketakutan wanita pun meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya. Dengan kenyataan ini wanita ingin seseorang mendampinginya karena dia takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi. Dia mengalami sejumlah kemampuan dan ketakutan yang tidak dapat dijelaskan.

#### 1) Fase transisi

Pada fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman yang menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, takut dan menolak hal-hal yang ditawarkan padanya.

Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologis seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima, dukungan yang diterima dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada, dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan.



Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali bersalin yaitu: Perasaan tidak enak dan kecemasan biasanya perasaan cemas pada ibu saat akan bersalin berkaitan dengan keadaan yang mungkin terjadi saat persalinan disertai rasa gugup, takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi ibu merasa ragu apakah dapat melalui proses persalinan secara normal dan lancar, menganggap persalinan sebagai cobaan apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya kadang ibu berpikir apakah tenaga kesehatan akan bersabar apabila persalinan yang dijalani berjalan lama, dan apakah tindakan yang akan dilakukan jika tiba-tiba terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, misalnya tali pusat melilit bayi, apakah bayi normal atau tidak biasanya ibu akan merasa cemas dan ingin segera mengetahui keadaan bayinya apakah terlahir dengan sempurna atau tidak, apakah ibu sanggup merawat bayinya, sebagai ibu baru atau muda biasanya ada pikiran yang melintas apakah ia sanggup merawat dan bisa menjadi seorang ibu yang baik bagi anaknya.

b. Kala II

1) Perubahan Fisiologi pada Ibu Bersalin Kala II Menurut Marmi (2011) yaitu :

a) Kontraksi

Dimana kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tekanan pada ganglia dalam serviks dan segmen bawah rahim, regangan dari serviks, regangan dan tarikan pada peritoneum, itu semua terjadi pada saat kontraksi. Adapun kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus diperhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 60 – 90 detik, kekuatan kontraksi,

kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim kedalam, interval antara kedua kontraksi pada kala pengeluaran sekali dalam dua menit.

b) Pergeseran organ dalam panggul

Sejak kehamilan lanjut, uterus dengan jelas terdiri dari dua bagian yaitu segmen atas rahim yang dibentuk oleh corpus uteri dan segmen bawah rahim yang terdiri dari isthmus uteri. Dalam persalinan perbedaan antara segmen atas rahim dan segmen bawah rahim lebih jelas lagi. Segmen atas memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Segmen bawah rahim memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan karena diregang. Jadi secara singkat segmen atas rahim berkontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan segmen bawah rahim dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran yang tipis dan teregang sehingga dapat dilalui bayi.

Kontraksi otot rahim mempunyai sifat yang khas yakni: setelah kontraksi otot uterus tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi tetapi akan menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya sebelum kontraksi. Kejadian ini disebut retraksi. Dengan retraksi ini maka rongga rahim akan mengecil dan anak akan berangsur didorong kebawah dan tidak naik lagi ke atas setelah his hilang. Akibat dari retraksi ini segmen atas rahim semakin tebal dengan majunya persalinan apalagi setelah bayi lahir. Bila anak sudah berada didasar panggul

kandung kemih naik ke rongga perut agar tidak mendapatkan tekanan dari kepala anak. Inilah pentingnya kandung kemih kosong pada masa persalinan sebab bila kandung kemih penuh, dengan tekanan sedikit saja kepala anak kandung kemih mudah pecah. Kosongnya kandung kemih dapat memperluas jalan lahir yakni vagina dapat meregang dengan bebas sehingga diameter vagina sesuai dengan ukuran kepala anak yang akan lewat dengan bantuan tenaga mendedan. Dengan adanya kepala anak didasar panggul maka dasar panggul bagian belakang akan terdorong kebawah sehingga rectum dan akan tertekan oleh kepala anak. Dengan adanya tekanan dan tarikan pada rektum ini maka anus akan terbuka, pembukaan sampai diameter 2,5 cm hingga bagian dinding depannya dapat kelihatan dari luar. Dengan tekanan kepala anak dalam dasar panggul, maka perineum menjadi tipis dan mengembang sehingga ukurannya menjadi lebih panjang. Hal ini diperlukan untuk menambah panjangnya saluran jalan lahir bagian belakang. Dengan mengembangnya perineum maka orifisium vagina terbuka dan tertarik keatas sehingga dapat dilalui anak.

c) Ekspulsi janin.

Dalam persalinan, presentasi yang sering kita jumpai adalah presentasi belakang kepala, dimana presentasi ini masuk dalam PAP dengan sutura sagitalis melintang. Karena bentuk panggul mempunyai ukuran tertentu sedangkan ukuran-ukuran kepala anak hampir sama besarnya dengan ukuran-ukuran dalam panggul maka kepala harus menyesuaikan diri dengan bentuk panggul

mulai dari PAP ke bidang tengah panggul dan pada pintu bawah panggul supaya anak bisa lahir.

c. Kala III

1) Fisiologi Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Proses ini merupakan kelanjutan dari proses persalinan sebelumnya. Selama kala III proses pemisahan dan keluarnya plasenta serta membran terjadi akibat faktor – faktor mekanis dan hemostasis yang saling mempengaruhi. Waktu pada saat plasenta dan selaputnya benar – benar terlepas dari dinding uterus dapat bervariasi. Rata – rata kala III berkisar antara 15 sampai 30 menit, baik pada primipara maupun multipara.

Kala III merupakan periode waktu terjadi penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi, penyusutan ukuran ini merupakan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Oleh karena tempat perlengketan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

Karakteristik unik otot uterus terletak pada kekuatan retraksinya. Selama kala II persalinan, rongga uterus dapat secara cepat menjadi kosong, memungkinkan proses retraksi mengalami aselerasi. Dengan demikian, di awal kala III persalinan, daerah implantasi plasenta sudah mengecil. Pada kontraksi berikutnya, vena yang terdistensi akan pecah dan sejumlah darah kecil akan merembes diantara sekat tipis lapisan berspons dan permukaan plasenta, dan membuatnya terlepas dari perlekatannya. Pada saat area permukaan plasenta yang melekat semakin berkurang, plasenta yang relative non elastis mulai terlepas dari dinding uterus.

Perlepasan biasanya dari tengah sehingga terbentuk bekuan retro plasenta. Hal ini selanjutnya membantu pemisahan dengan member tekanan pada titik tengah perlekatan plasenta sehingga peningkatan berat yang terjadi membantu melepas tepi lateral yang melekat. proses pemisahan ini berkaitan dengan pemisahan lengkap plasenta dan membrane serta kehilangan darah yang lebih sedikit. Darah yang keluar sehingga pemisahan tidak dibantu oleh pembentukan bekuan darah retroplasenta. Plasenta menurun, tergelincir kesamping, yang didahului oleh permukaan plasenta yang menempel pada ibu. Proses pemisahan ini membutuhkan waktu lebih lama dan berkaitan dengan pengeluaran membrane yang tidak sempurna dan kehilangan darah sedikit lebih banyak. saat terjadi pemisahan, uterus berkontraksi dengan kuat, mendorong plasenta dan membran untuk menurun kedalam uterus bagian dalam, dan akhirnya kedalam vagina.

d. Kala IV

1) Fisiologi Kala IV

Kala IV persalinan dimulai dengan lahirnya plasenta dan berakhir satu jam kemudian. Dalam kala IV pasien belum boleh dipindahkan kamarnya dan tidak boleh ditinggalkan oleh bidan karena ibu masih butuh pengawasan yang intensif disebabkan perdarahan atonia uteri masih mengancam sebagai tambahan, tanda-tanda vital manifestasi psikologi lainnya dievaluasi sebagai indikator pemulihan dan stress persalinan. Melalui periode tersebut, aktivitas yang paling pokok adalah perubahan peran, hubungan keluarga akan dibentuk selama jam tersebut, pada saat ini sangat penting bagi proses bonding, dan sekaligus insiasi menyusui dini.

a) Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih  $2/3$ - $3/4$  antara simfisis pubis dan umbilicus. Jika uterus ditemukan ditengah, diatas simpisis, maka hal ini menandakan adanya darah di kavum uteri dan butuh untuk ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilicus dan bergeser paling umum ke kanan menandakan adanya kandung kemih penuh, sehingga mengganggu kontraksi uterus dan memungkinkan peningkatan perdarahan. Jika pada saat ini ibu tidak dapat berkemih secara spontan, maka sebaiknya dilakukan kateterisasi untuk mencegah terjadinya perdarahan. Uterus yang berkontraksi normal harus terasa keras ketika disentuh atau diraba. Jika segmen atas uterus terasa keras saat disentuh, tetapi terjadi perdarahan, maka pengkajian segmen bawah uterus perlu dilakukan. Uterus yang terasa lunak, longgar, tidak berkontraksi dengan baik, hipotonik, dapat menjadi pertanda atonia uteri yang merupakan penyebab utama perdarahan post partum.

b) Serviks, vagina dan perineum

Segera setelah lahiran serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal. Tepi anterior selama persalinan atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selama periode yang panjang, tercermin pada peningkatan edema dan memar pada area tersebut. Perineum yang menjadi kendur dan tonus vagina juga tampil jaringan, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi setelah 2 jam introitus vagina hanya bisa dimasuki 2 atau 3 jari.

c) Tanda vital

Tekanan darah, nadi dan pernapasan harus kembali stabil pada level prapersalinan selama jam pertama pasca partum. Pemantauan takanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini merupakan satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Sedangkan suhu tubuh ibu meningkat, tetapi biasanya dibawah 38°C. Namun jika intake cairan baik, suhu tubuh dapat kembali normal dalam 2 jam pasca partum.

d) Sistem gastrointestinal

Rasa mual dan muntah selama masa persalinan akan menghilang. Pertama ibu akan merasa haus dan lapar, hal ini disebabkan karena proses persalinan yang mengeluarkan atau memerlukan banyak energi.

e) Sistem renal

Urin yang tertahan menyebabkan kandung kemih lebih membesar karena trauma yang disebabkan oleh tekanan dan dorongan pada uretra selama persalinan. Mempertahankan kandung kemih wanita agar tetap kosong selama persalinan dapat menurunkan trauma. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong guna mencegah uterus berubah posisi dan terjadi atonia. Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan resiko perdarahan dan keparahan nyeri. Jika ibu belum bisa berkemih maka lakukan kateterisasi.

9. Deteksi atau penapisan awal ibu bersalin (19 penapisan)

- a) Riwayat bedah Caesar
- b) Perdarahan pervaginam
- c) Persalinan kurang bulan (UK < 37 minggu)
- d) Ketuban pecah dengan mekonium kental
- e) Ketuban pecah lama (> 24 jam)
- f) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu)

- g) Ikterus
- h) Anemia berat
- i) Tanda dan gejala infeksi
- j) Preeklamsia / hipertensi dalam kehamilan
- k) Tinggi fundus 40 cm atau lebih
- l) Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
- m) Presentasi bukan belakang kepala
- n) Gawat janin
- o) Presentasi majemuk
- p) Kehamilan gemeli
- q) Tali pusat menubung
- r) Syok
- s) Penyakit-penyakit yang menyertai ibu.

10. Rujukan (bila terjadi komplikasi dalam persalinan)

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang mempengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan tertundanya ibu mendapatkan penatalaksanaan yang memadai, sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program Safe Motherhood.

Singkatan BAKSOKUDAPN dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi (Marmi, 2011)

**B (Bidan)**

Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan BBL untuk dibawah kefasilitas rujukan.

**A (Alat)**



Bawah perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan BBL (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.

**K(Keluarga)**

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu hingga ke fasilitas rujukan.

**S (Surat)**

Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

**O (Obat)**

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan di perjalanan.

**K (Kendaraan)**

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik, untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

**U (Uang)**

Ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

**Da (Darah dan Doa)**

Persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan.

**P (Posisi)**

Posisi yang nyaman selama rujukan mengurangi rasa sakit yang dirasakan

**N (Nutrisi)** Pemenuhan Nutrisi selama rujukan

3. BBL

a. Konsep dasar BBL normal

1) Pengertian

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Wahyuni, 2011).

Menurut saifuddin, 2002 Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama setelah kelahiran (Marmi, 2012).

Menurut M. Sholeh Kosim, 2007 Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat (Marmi, 2012).

Menurut Walsh, 2007 : bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir atau keluar dari rahim seorang ibu melalui jalan lahir atau melalui tindakan medis dalam kurun waktu 0 sampai 28 hari (Padila, 2014).

2) Ciri-ciri BBL normal

Menurut Wahyuni (2012), ciri-ciri bayi baru lahir tepat waktu ialah :

- a) Berat badan lahir 2500-4000 gram
- b) Panjang badan lahir 48-52 cm
- c) Lingkar dada 30-38 cm
- d) Lingkar kepala 33-35 cm
- e) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 160x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit

- f) Pernafasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80x/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40x/menit
  - g) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi vernix caseosa
  - h) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
  - i) Kuku telah agak panjang dan lemas
  - j) Genitalia : labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki)
  - k) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
  - l) Reflek moro sudah baik, bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk
  - m) Graff reflek sudah baik, apabila diletakan sesuatu benda di atas telapak tangan, bayi akan menggenggam/adanya gerakan reflek
  - n) Eliminasi baik, urin dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan
- 3) Fisiologi / Adaptasi pada BBL

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus ke kehidupan di luar uterus (Marmi, 2012). Bayi baru lahir harus beradaptasi dari yang bergantung terhadap ibunya kemudian menyesuaikan dengan dunia luar, bayi harus mendapatkan oksigen dari bernafas sendiri, mendapatkan nutrisi peroral untuk mempertahankan kadar gula, mengatur suhu tubuh, melawan setiap penyakit atau infeksi, dimana fungsi ini sebelumnya dilakukan oleh plasenta.

a) Adaptasi Fisik

(1) Perubahan pada Sistem Pernapasan

Perkembangan paru – paru : paru – paru berasal dari titik yang muncul dari pharynx kemudian bentuk bronkus sampai umur 8 bulan, sampai jumlah bronchialis untuk alveolus berkembang, awal adanya nafas karena terjadinya

hypoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak , tekanan rongga dada menimbulkan kompresi paru-paru selama persalinan menyebabkan udara masuk paru-paru secara mekanis. Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari.

Bayi cukup bulan, mempunyai cairan didalam paru – paru dimana selama lahir 1/3 cairan ini diperas dari paru – paru, jika proses persalinan melalui section cesaria maka kehilangan keuntungan kompresi dada ini tidak terjadi maka dapat mengakibatkan paru – paru basah .  
(Rukiyah,dkk.2012)

Beberapa tarikan nafas pertama menyebabkan udara memenuhi ruangan trakhea untuk bronkus bayi baru lahir , paru – paru akan berkembang terisi udara sesuai dengan perjalanan waktu

Tabel 5 Perkembangan Sistem Pulmoner

Umur kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Dua bronki membesar
6 minggu	Dibentuk segmen bronkus
12 minggu	Diferensiasi lobus
16 minggu	Dibentuk bronkiolus
24 minggu	Dibentuk alveolus
28 minggu	Dibentuk surfaktan
34-36 minggu	Maturasi struktur (paru-paru dapat mengembangkan sistem alveoli dan tidak mengempis lagi)

Sumber : Marmi, 2012

(2) Rangsangan untuk Gerak Pertama

Dua faktor yang berperan pada rangsangan napas pertama bayi adalah: Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim, yang merangsang pusat pernapasan di otak dan tekanan terhadap rongga dada, yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan, merangsang masuknya udara paru-paru secara mekanis.

Interaksi antara sistem pernapasan, kardiovaskuler, dan susunan saraf pusat menimbulkan pernapasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan. Jadi, sistem-sistem harus berfungsi secara normal.

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya:

- 1) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir
- 2) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi)
- 3) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik)

(3) Upaya Pernapasan Bayi Pertama

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia dan suhu akhirnya bayi memulai aktivasi napas untuk yang pertama kali.

(4) Perubahan pada Sistem Kardiovaskuler

Aliran darah dari plasenta berhenti saat tali pusat diklem dan karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat diklem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan napas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari napas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru menjadi sistem bertekanan rendah. Ketika janin dilahirkan segera bayi menghirup udara dan menangis kuat. Dengan demikian paru-paru berkembang. Tekanan paru-paru mengecil dan darah mengalir ke paru-paru.

Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru – paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan, oksigen pada pernafasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah dan paru – paru akan menurunkan resistensi pembuluh darah paru – paru sehingga terjadi peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan menimbulkan penurunan tekanan pada atrium kiri menyebabkan foramen ovale menutup. (Rukiyah.2012)

#### (5) Perubahan pada Sistem Termoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stres fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu di dalam uterus minimal, rentang maksimal hanya  $0.6^{\circ}\text{C}$  sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus.

Tiga faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi adalah luasnya perubahan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh yang belum berfungsi secara

sempurna, tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas

Suhu tubuh normal pada neonatus adalah  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$  melalui pengukuran di aksila dan rektum, jika suhu kurang dari  $36,5^{\circ}\text{C}$  maka bayi disebut mengalami hipotermia.

Gejala hipotermia:

- 1) Sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, maka bayi menjadi kurang aktif, letargi, hipotonus, tidak kuat menghisap ASI dan menangis lemah
- 2) Pernapasan megap-megap dan lambat, serta denyut jantung menurun
- 3) Timbul sklerema : kulit megeras berwarna kemerahan terutama dibagian punggung, tungkai dan lengan
- 4) Muka bayi berwarna merah terang
- 5) Hipotermia menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, perdarahan terutama pada paru-paru, ikterus dan kematian

Ada 4 mekanisme kehilangan panas tubuh dari bayi baru lahir:

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda disekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung)

Contohnya : menimbang bayi tanpa alas timbangan, tanagn penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

b) Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara).

Contoh: membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin.

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemisahan panas antara dua objek yang mempunyai suhu yang berbeda. Contoh : bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dengan air conditioner (AC) tanpa diberikan pemanas (radiant warmer), bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi baru lahir diletakkan berdekatan dengan ruangan yang dingin, misalnya dekat tembok.

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, aliran udara yang melewati.

(3) Perubahan pada Sistem Renal

Pada neonatus fungsi ginjal belum sempurna, hal ini karena :

- a) Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa
- b) Tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- c) Aliran darah ginjal (*renal blood flow*) pada neonatus relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

Hingga bayi berumur tiga hari ginjalnya belum dipengaruhi oleh pemberian air minum, sesudah lima hari barulah ginjal mulai memproses air yang didapatkan setelah lahir. Bayi baru



lahir cukup bulan memiliki beberapa defisit struktural dan fungsional pada sistem ginjal. Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urin pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu 30-60 ml. Normalnya dalam urin tidak terdapat protein atau darah, debris sel yang banyak dapat mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal.

#### (4) Perubahan pada Sistem Gastrointestinal

Sebelum janin cukup bulan akan menghisap dan menelan. refleks gumoh dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir, kemampuan ini masih cukup selain mencerna ASI, hubungan antara Eosophagus bawah dan lambung masih belum sempurna maka akan menyebabkan gumoh pada bayi baru lahir, kapasitas lambung sangat terbatas kurang dari 30 cc, dan akan bertambah lambat sesuai pertumbuhannya (Rukiyah.2012).

#### (5) Perubahan pada Sistem Hepar

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Emzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, ditoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna.

#### (6) Perubahan pada Sistem Imunitas

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neontaus rentan terhadap berbagai

infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah dan meminimalkan infeksi

Bayi baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibodi keseluruhan terhadap antigen asing masih belum bisa dilakukan sampai awal kehidupannya. Salah satu tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh. Karena adanya defisiensi kekebalan alami yang didapat ini, bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba dan deteksi dini infeksi menjadi sangat penting.

#### (7) Perubahan pada Sistem Integumen

Lailiyana,dkk (2012) menjelaskan bahwa semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir, tetapi masih belum matang. Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis. Verniks kaseosa juga berfungsi dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan mudah mengalami kerusakan. Bayi cukup bulan mempunyai kulit kemerahan (merah daging) beberapa setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbekak, terutama di daerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki terlihat sedikit sianotik. Warna kebiruan ini, akrosianosis, disebabkan ketidakstabilan vasomotor, stasis kapiler, dan kadar hemoglobin yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara, dan bertahan selama 7 sampai 10 hari, terutama bila terpajan udara dingin. Bayi baru lahir yang sehat dan cukup bulan tampak gemuk. Lemak subkutan yang berakumulasi selama trimester terakhir berfungsi menyekat bayi. Kulit mungkin agak ketat. Keadaan

ini mungkin disebabkan retensi cairan. Lanugo halus dapat terlihat di wajah, bahu, dan punggung. Edema wajah dan ekimosis (memar) dapat timbul akibat presentasi muka atau kelahiran dengan forseps. Petekie dapat timbul jika daerah tersebut ditekan.

Deskuamasi (pengelupasan kulit) pada kulit bayi tidak terjadi sampai beberapa hari setelah lahir. Deskuamasi saat bayi lahir merupakan indikasi pascamaturitas. Kelenjar keringat sudah ada saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak merespon terhadap peningkatan suhu tubuh. Terjadi sedikit hiperplasia kelenjar sebacea (lemak) dan sekresi sebum akibat pengaruh hormon kehamilan. Verniks kaseosa, suatu substansi seperti keju merupakan produk kelenjar sebacea. Distensi kelenjar sebacea, yang terlihat pada bayi baru lahir, terutama di daerah dagu dan hidung, dikenal dengan nama milia. Walaupun kelenjar sebacea sudah terbentuk dengan baik saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak terlalu aktif pada masa kanak-kanak. Kelenjar-kelenjar ini mulai aktif saat produksi androgen meningkat, yakni sesaat sebelum pubertas.

#### (8) Perubahan pada Sistem Reproduksi

Lailiyana dkk (2012) menjelaskan sistem reproduksi pada perempuan saat lahir, ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap ova yang matur karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Korteks ovarium yang terutama terdiri dari folikel primordial, membentuk bagian ovarium yang lebih tebal pada bayi baru lahir dari pada orang dewasa. Jumlah ovum berkurang sekitar 90% sejak bayi lahir sampai dewasa.

Peningkatan kadar estrogen selama hamil, yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir, mengakibatkan pengeluaran

suatu cairan mukoid atau, kadang-kadang pengeluaran bercak darah melalui vagina (pseudomenstruasi). Genitalia eksternal biasanya edema disertai pigmentasi yang lebih banyak. Pada bayi baru lahir cukup bulan, labio mayora dan minora menutupi vestibulum. Pada bayi prematur, klitoris menonjol dan labio mayora kecil dan terbuka.

Pada laki-laki testis turun ke dalam skrotum sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Pada usia satu tahun, insiden testis tidak turun pada semua anak laki-laki berjumlah kurang dari 1%. Spermatogenesis tidak terjadi sampai pubertas. Prepusium yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup prepusium dan tidak dapat ditarik kebelakang selama 3 sampai 4 tahun. Sebagai respon terhadap estrogen ibu ukuran genitalia eksternal bayi baru lahir cukup bulan dapat meningkat, begitu juga pigmentasinya. Terdapat rugae yang melapisi kantong skrotum. Hidrokel (penimbunan cairan disekitar testis) sering terjadi dan biasanya mengecil tanpa pengobatan.

#### (9) Perubahan pada Sistem Skeletal

Lailiyana,dkk (2012) menjelaskan pada bayi baru lahir arah pertumbuhan sefalokaudal pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang daripada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala). Ada dua kurvatura pada kolumna vertebralis, yaitu toraks dan sakrum. Ketika bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, kurvatura lain terbentuk di daerah servikal. Pada bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki

dilluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Saat baru lahir, tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki. Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan.

(10) Perubahan pada Sistem Neuromuskuler

Marmi (2012) menjelaskan sistem neurologis bayi secara anatomik dan fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas pada perkembangan neonatus terjadi cepat; sewaktu bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya, kontrol kepala, senyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. Beberapa refleks pada bayi diantaranya:

a) Refleks Glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

b) Refleks Hisap

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Bisa dilihat saat bayi menyusui.

c) Refleks Mencari (rooting)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Misalnya: mengusap pipi bayi dengan lembut: bayi

menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

d) Refleks Genggam (*palmar grasp*)

Letakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan: bayi mengepalkan.

e) Refleks Babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

f) Refleks Moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

g) Refleks Ekstrusi

Bayi menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.

h) Refleks Tonik Leher “Fencing”

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditlehkan ke satu sisi selagi istirahat.

b. Adaptasi Psikologi

Masa transisi adalah masa ketika bayi menstabilkan dan menyesuaikan diri dengan kemandirian ekstrauteri. (Jan M. Kriebs, 2009) Periode transisi bayi baru lahir : perilaku dan temuan pada bayi baru lahir serta dukungan bidan.

- 1) Periode reaktivitas pertama dari lahir hingga 30 menit pertama kehidupan Dukungan bidan: maksimalkan kontak antara ibu dan bayi baru lahir, bantu ibu menggendong bayi

untuk memfasilitasi proses saling mengenal, dorong ibu untuk menyusui bayinya ketika bayi berada pada tahap sangat siaga sebagai upaya melindungi bayi dari hipoglikemia fisiologis yang terjadi setelah lahir, minimalkan prosedur maternal yang tidak nyaman selama periode ini

- a) Periode tidur yang tidak berespon usia 30 menit hingga 2 jam
  - b) Perilaku atau temuan: Frekuensi jantung menurun hingga kurang dari 140 denyut per menit pada periode ini. Dapat terdengar murmur; indikasi bahwa duktus arteriosus belum sepenuhnya menutup (temuan normal), frekuensi pernapasan menjadi lebih lambat dan tenang, tidur dalam, bising usus terdengar, namun kurang
  - c) Dukungan bidan: jika memungkinkan, bayi baru lahir jangan diganggu untuk pemeriksaan mayor atau dimandikan selama periode ini. Tidur dalam yang pertama ini memungkinkan bayi pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrasuteri
- 2) Periode reaktivitas kedua 2 hingga 6 jam kehidupan
- a) Perilaku atau temuan: Frekuensi jantung stabil, warna cepat berubah karena pengaruh stimulus lingkungan, frekuensi pernapasan bervariasi, karena aktivitas, harus <60 kali per menit tanpa disertai ronki, mungkin berminat untuk menyusu, mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan meludahkan susu bercampur lendir
  - b) Dukungan bidan: pemberian makan dini, dorong pemberian ASI, bayi yang diberi susu botol biasanya minum kurang dari 30 ml tiap pemberian, wanita yang

baru menjadi ibu harus diberi tahu teknik menyendawakan, lendir yang muncul selama pemberian makan dini dapat menghambat pemberian makan yang adekuat. Lendir yang banyak mungkin mengindikasikan adanya masalah, seperti atresia esofagus. Lendir yang bercampur empedu menandakan adanya penyakit.

#### 4. Tahapan Bayi Baru Lahir

Menurut Dewi (2010) tahapan-tahapan pada bayi baru lahir diantaranya: Tahap I terjadi setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem *scoring apgar* untuk fisik. Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.

Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

Tabel 7 APGAR skor

Tanda	Nilai: 0	Nilai: 1	Nilai: 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber Dewi (2013)

#### 5. Penilaian Awal Pada Bayi Baru Lahir

Lailiyana dkk (2012) menyebutkan penilaian awal yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- Aterm (cukup bulan) atau tidak Menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan



- b. Warna kulit bayi (merah muda, pucat, atau kebiruan)
- c. Gerakan, posisi ekstremitas, atau tonus otot bayi

6. Pelayanan Essensial Pada Bayi baru Lahir

a. Jaga Bayi Tetap Hangat

Dalam bukunya Asri dan Clervo (2012) menjelaskan cara menjaga agar bayi tetap hangat sebagai berikut: Meringankan bayi seluruhnya dengan selimut atau handuk hangat, membungkus bayi, terutama bagian kepala dengan selimut hangat dan kering, mengganti semua handuk/selimut basah, bayi tetap terbungkus sewaktu ditimbang, buka pembungkus bayi hanya pada daerah yang diperlukan saja untuk melakukan suatu prosedur, dan membungkusnya kembali dengan handuk dan selimut segera setelah prosedur selesai, menyediakan lingkungan yang hangat dan kering bagi bayi tersebut, atur suhu ruangan atas kebutuhan bayi, untuk memperoleh lingkungan yang lebih hangat, memberikan bayi pada ibunya secepat mungkin, meletakkan bayi diatas perut ibu, sambil menyelimuti keduanya dengan selimut kering, tidak mandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir.

b. Pembebasan Jalan Napas

Dalam bukunya Asri dan Sujiyatini (2010) menyebutkan perawatan optimal jalan napas pada BBL sebagai berikut membersihkan lendir darah dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kasa, menjaga bayi tetap hangat, menggosok punggung bayi secara lembut, mengatur posisi bayi dengan benar yaitu letakkan bayi dalam posisi terlentang dengan leher sedikit ekstensi di perut ibu.

c. Cara Mempertahankan Kebersihan Untuk Mencegah Infeksi

- 1) Mencuci tangan dengan air sabun
- 2) Menggunakan sarung tangan
- 3) Pakaian bayi harus bersih dan hangat

- 4) Memakai alat dan bahan yang steril pada saat memotong tali pusat
- 5) Jangan mengoleskan apapun pada bagian tali pusat
- 6) Hindari pembungkusan tali pusat

d. Perawatan Tali Pusat

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan neonatal Esensial (2010) dituliskan beberapa perawatan tali pusat sebagai berikut

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat.
- 2) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apaun ke puntung tali pusat.
- 3) Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembap.
- 4) Berikan nasihat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi: lipat popok di bawah puntung tali pusat, luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri, jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih, perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak ananah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihat ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.

e. Inisiasi Menyusui Dini

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan neonatal Esensial (2010) dituliskan prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Langkah IMD dalam asuhan bayi baru lahir yaitu:

- 1) Lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan

- 2) Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam
- 3) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusu

f. Pemberian Salep Mata

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan neonatal Esensial (2010) dijelaskan salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi setelah menyusu, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1%.

g. Pemberian Vitamin K

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan neonatal Esensial (2010) dijelaskan untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir diberikan suntikan Vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada antero lateral paha kiri.

h. Pemberian Imunisasi Hb 0

Dalam Buku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial dijelaskan Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskuler. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi umur 0-7 hari karena:

- 1) Sebagian ibu hamil merupakan *carrier* Hepatitis B.
- 2) Hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus.
- 3) Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi Hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer.

- 4) Imunisasi Hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan Hepatitis B. Selain imunisasi Hepatitis B yang harus diberikan segera setelah lahir, berikut ini adalah jadwal imunisasi yang harus diberikan kepada neonatus/ bayi muda.

Tabel 8 Jadwal Imunisasi Pada Neonatus/Bayi Muda

Umur	Jenis Imunisasi	
	Lahir Di Rumah	Lahir Di Sarana Pelayanan Kesehatan
0-7 hari	HB-0	HB-0, BCG, Polio 1
1 bulan	BCG dan Polio 1	-----
2 bulan	DPT-HB 1 dan Polio 2	DPT-HB 1 dan Polio 2

#### 7. Neonatus Berisiko Tinggi

Dewi (2013) menjelaskan beberapa kondisi yang menjadikan neonatus berisiko tinggi diantaranya:

##### a. Asfiksia Neonatorum

Suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya.

##### b. Perdarahan Tali Pusat

Pendarahan yang terjadi pada tali pusat bisa timbul karena trauma pengikatan tali pusat yang kurang baik atau kegagalan proses pembentukan trombus normal. Selain itu, perdarahan pada tali pusat juga bisa sebagai petunjuk adanya penyakit pada bayi.

##### c. Kejang Neonatus

Penyebab utama terjadinya kejang adalah kelainan bawaan pada otak, sedangkan sebab sekunder adalah gangguan metabolik atau penyakit lain seperti penyakit infeksi.

#### 8. Waktu Pemeriksaan BBL

Dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak dituliskan pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu pertama pada 6 jam-48 jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3-7 setelah lahir, ketiga pada hari ke 8-28 setelah lahir. Dan pelayanan yang diberikan yaitu:

- a. Berat badan
- b. Panjang badan
- c. Menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?
- d. Memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri
- e. Frekuensi nafas/menit, suhu
- f. Frekuensi denyut jantung (kali/menit)
- g. Memeriksa adanya diare
- h. Memeriksa ikterus/bayi kuning
- i. Memeriksa kemungkinan berat badan rendah
- j. Memeriksa status pemberian Vitamin K1
- k. Memeriksa status imunisasi HB-0
- l. Memeriksa masalah/keluhan ibu

#### 9. Kunjungan Neonatal (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015) Pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu :

- a. Kunjungan Neonatal Hari ke 1(KN 1) 6 jam-48 jam
  - 1) Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (>24 jam )
  - 2) Untuk bayi yang lahir di rumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir. Hal –hal yang dilaksanakan adalah :
    - a) Jaga kehangatan bayi
    - b) Berikan ASI Eksklusif
    - c) Cegah infeksi

- d) Rawat tali pusat
- 3) Kunjungan Neonatal Hari ke 2(KN 2) 3 hari – 7 hari
  - a) Jaga kehangatan bayi
  - b) Berikan ASI Eksklusif
  - c) Cegah infeksi
  - d) Rawat tali pusat
- 4) Kunjungan Neonatal Hari ke 3 (KN 3) 8 hari-28 hari
  - a) Periksa ada/tidaknya tanda bahaya dan atau gejala sakit
  - b) Jaga kehangatan bayi
  - c) Berikan ASI Eksklusif
  - d) Cegah infeksi
  - e) Rawat tali pusat

#### 4. Nifas

##### a. Pengertian Masa nifas

Post partum (*puerperium*) adalah masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Taufan, 2014)

Post partum adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan kembali sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu. Masa nifas ini dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya placenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.

Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan ASI, cara menjarakan kehamilan, imunisasi dan nutrisi bagi ibu. Masa pasca persalinan adalah fase khusus dalam kehidupan ibu serta bayi. Bagi ibu yang mengalami persalinan untuk pertama kalinya, ibu menyadari adanya perubahan

kehidupan yang sangat bermakna selama kehidupannya. Keadaan ini ditandai dengan perubahan emosional, perubahan fisik secara dramatis, hubungan keluarga dan aturan serta penyesuaian terhadap aturan yang baru (Rahmawati, 2010).

b. Tujuan asuhan masa nifas

Menurut Taufan (2014), tujuan post partum adalah :

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi, maupun fisik maupun psikologisnya.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi keluarga berencana, menyusui pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat.

c. Peran dan tanggung jawab bidan masa nifas

Menurut Bahiyatun, 2009 Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas adalah memberi perawatan dan dukungan sesuai kebutuhan ibu, yaitu melalui kemitraan (partnership) dengan ibu. Selain itu, dengan cara:

- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
- 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas.
- 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan prioritas masalah.
- 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
- 5) Mengevaluasi bersama klien asuhan kebidanan yang telah diberikan.
- 6) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.

d. Tahapan masa nifas

Menurut Purwanti, 2011 masa nifas dibagi menjadi 3 tahap yaitu

- 1) Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan. Pada saat ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2) Puerperium Intermedia

Puerperium Intermedial merupakan masa kepulihan alat-alat genetalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) Remote Puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

e. Kebijakan program nasional masa nifas

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan BBL, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi antara lain sebagai berikut :

- 1) Kunjungan I : Asuhan 6 jam- 3 hari setelah melahirkan
  - 2) Kunjungan II : Asuhan 4 hari-28 hari setelah melahirkan
  - 3) Kunjungan III : Asuhan 29 hari- 42 hari setelah melahirkan
- ( Kemenkes, 2015 ).

Tabel 9 Asuhan Kunjungan Nifas Normal

KUNKUNJUNGAN	WAKTU	ASUHAN
I	6 jam – 3 hari <i>post partum</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut</li> <li>3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>4. Pemberian ASI awal</li> <li>5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang</li> </ol>



		baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.
II	4-28 hari post partum	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
III	29-42 hari post partum	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari 5. Menanyakan kepada ibu tentang kesulitan yang ia atau bayi alami 6. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

Sumber: (Kemenkes, 2015).

f. Perubahan fisiologis masa nifas

1) Perubahan sistem reproduksi

Alat genitalia baik internal maupun eksternal kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut *involusi*. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti :

a. *Involusi uterus*

*Involusi uterus* atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. dan efek oksitosin (Nugroho dkk, 2014).

Tabel 10 Perubahan normal pada uterus selama masa nifas

Involusi uterus	Tinggi fundus uterus	Berat uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Tidak teraba	

Sumber: Nugroho dkk, 2011

b. *Involusi* tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam *kavum uteri*. Segera setelah plasenta lahir dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali (Nugroho dkk, 2014).

Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh *thrombus*. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka (Nugroho dkk, 2014).

c. Rasa nyeri atau mules- mules (*After pains*)

Disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perasaan mules ini lebih terasa bila sedang menyusui. Perasaan sakit pun timbul bila masih terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sisa-sisa plasenta atau gumpalan darah di dalam kavum uteri (Purwanti, 2012).

d. *Lochea*

*Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/ alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Nugroho dkk, 2014). *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. *Lochea* mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-bedapada setiap wanita. *Lochea* yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. *Lochea* mengalami perubahan karena proses involusi (Nurliana Mansyur, 2014).

Jenis – jenis *Lochea* yaitu:

1) *Lokhea rubra*/merah

*Lokhea* ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-3 masa *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi), dan *mekonium*.

2) *Lokhea sanguinolenta*

*Lokhea* ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung ari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

3) *Lokhea serosa*

*Lokhea* ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung *serum*, *leukosit*, dan robekan atau *laserasi* plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14 post partum

4) *Lokhea alba*/putih

*Lokhea* ini mengandung *leukosit*, sel desidua, sel epitel, selaput lendir *serviks*, dan serabut jaringan yang mati. *Lokhea* alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu

post partum. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “*lokhea purulenta*”. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut dengan “*lokhea statis*”.

e. Laktasi

*Laktasi* dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan bagi bayinya, dan bagi anak akan merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa aman, tenteram, hangat akan kasih sayang ibunya. Hal ini merupakan faktor yang penting bagi perkembangan anak selanjutnya.

Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri, dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Ibu yang sedang menyusui juga jangan jangan terlalu banyak dibebani urusan pekerjaan rumah tangga, urusan kantor dan lainnya karena hal ini juga dapat mempengaruhi produksi ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang. Ada 2 refleks yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu, yaitu:

a) *Refleks Prolaktin*

Pada waktu bayi menghisap payudara ibu, ibu menerima rangsangan *neurohormonal* pada puting dan *areola*, rangsangan ini melalui *nervus vagus* diteruskan ke *hypophysis* lalu ke *lobus anterior*, *lobus enterior* akan mengeluarkan hormon *prolaktin* yang masuk melalui peredaran darah sampai pada kelenjar-kelenjar pembuat ASI dan merangsang untuk memproduksi ASI.

b) *Refleks Let Down*

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan *areola* yang dikirim *lobus posterior* melalui *nervus vagus*, dari *glandula pituitary posterior* dikeluarkan hormon oksitosin kedalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot *myoepitel* dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas kearah *ampula* (Nurliana Mansyur, 2014).

f. Serviks

Segera setelah post partum bentuk *serviks* agak menganga seperti corong, disebabkan oleh karena korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi sedangkan *serviks* tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan *serviks* uteri berbentuk seperti cincin. *Serviks* mengalami *invulusi* bersama-sama uterus. Setelah persalinan, *ostium eksterna* dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan *serviks* menutup (Nurliana Mansyur, 2014).

1) *Endometrium*

Tempat implantasi plasenta akan timbul *thrombosis* degenerasi dan *nekrosis*. Pada hari pertama *endometrium* yang kira-kira setebal 2-5 cm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah 3 hari permukaan *endometrium* akan rata akibat lepasnya sel-sel dari bagian yang mengalami degenerasi (Nurliana Mansyur, 2014).

2) *Ligamen*

Setelah bayi lahir, *ligament* dan diafragma *pelvis fasia* yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan *ligament* yang

dapat terjadi pasca persalinan antara lain *ligamentum rotundum* menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi *retrofleksi*, *ligament*, *fasia*, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Nugroho dkk, 2014).

g. Perubahan pada *vulva*, vagina dan *perineum*

*Vulva* dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu *vulva* dan vagina kembali pada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Segera setelah melahirkan, *perineum* menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5 *perineum* sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun telah lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Nurliana Mansyur, 2014).

h. Perubahan sistem pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar siap menyantap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium sangat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandungannya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu dalam masa laktasi (Taufan, 2014).

i. Perubahan sistem perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sphingter uretra ditekan oleh kepala

janin dan spasme oleh iritasi muskulus sphinter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kandung kemih dalam puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urine residual (normal + 15cc).

Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima hal ini, disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan (Diah Wulandari, 2010).

j. Perubahan sistem muskuloskeletal

Ligament, fasia, dan diafragma pevis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir setelah berangsur-angsur menciut dan pulih kembali, sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament menjadi kotor. Sebagai putusnya serat-serat elastic kulit dan distensi yang berlangsung lama dan akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen menjadi lunak dan kendur (Taufan, 2014).

k. Perubahan sistem endokrin

1) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionik Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 *post partum*.

2) Hormon *pituitary*

*Prolaktin* darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) *Hypotalamik pituitaryovarium*

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar progesteron dan estrogen (Nurliana Mansyur, 2014).

4) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan asi (Nurliana Mansyur, 2014).

1. Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu tubuh

Dalam 1 hari (24 jam) *post partum*, suhu badan akan naik sedikit ( $37,5^{\circ}\text{C}$ - $38^{\circ}\text{C}$ ) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa.

2) Denyut Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

3) Tekanan Darah



Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *post partum* dapat menandakan terjadinya *pre eklamsi post partum*.

#### 4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasannya juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pernapasan.

#### m. Perubahan sistem kardiovaskuler

Perubahan hormon selama hamil dapat menyebabkan terjadinya hemodilusi sehingga kadar Hemoglobin (HB) wanita hamil biasanya sedikit lebih rendah dibandingkan dengan wanita hamil. Selain pertama setelah kelahiran bayi dapat diperas dari puting susu. Colostrum banyak mengandung prolaktin, yang sebagian besar globulin dan lebih banyak mineral tapi gula dan lemak sedikit (Nurjanah,2013).

#### n. Perubahan sistem hematologi

Leukosit yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa *postpartum*. Jumlah sel darah putih tersebut bisa naik lagi sampai 25.000 atau 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Jumlah Hemoglobin, hematokrit dan erytrosyt akan sangat bervariasi pada awal-awal masa *postpartum* sebagai akibat dari volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa *postpartum* terjadi

kehilangan darah sekitar 200-500ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematogrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 *postpartum* dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu *postpartum* (Ambarwati ER, 2010)

g. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

1) Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Proses adaptasi psikologis sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seseorang wanita dapat bertambah. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah.

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah fungsi menjadi orang tua, respon dan dukungan dari keluarga, riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan, harapan, keinginan dan aspirasi saat kehamilan dan melahirkan.

Proses masa nifas merupakan waktu untuk terjadinya stress terutama bagi ibu primipara sehingga dapat membuat perubahan psikologis yang berat. Faktor yang berpengaruh untuk sukses dan lancarnya masa transisi untuk menjadi orang tua termasuk: respon dan support dari keluarga dan teman dekat, hubungan yang baik antara pengalaman hamil dan melahirkan dengan harapan, keinginan dan aspirasi ibu, riwayat pengalaman hamil dan melahirkan yang lalu. Periode ini dideskripsikan oleh Reva Rubin yang terjadi dalam beberapa tahapan.

Fase- fase yang dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:

a) *Fase Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap

lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules , nyeri pada luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat yang cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada masa ini adalah kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum biasa menyusui bayinya, kritikan suami atau keluarganya tentang perawatan bayinya.

b) *Fase Taking Hold*

Periode ini berlangsung pada hari ke 3-10 hari setelah persalinan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa bertanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive sehingga lebih mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan / pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

c) *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya. Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut: fisik: Istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih, psikologis. Dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan, sosial: perhatian, rasa

kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani ibu saat ibu merasa kesepian, psikososial (Ambarwati, 2010).

d) Postpartum blues

Ada kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya. Keadaan ini disebut dengan *baby blues*, yang disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya. Perubahan perasaan ini merupakan respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan. Selain itu, juga karena perubahan fisik dan emosional selama beberapa bulan kehamilan. Setelah melahirkan dan lepasnya plasenta dari dinding rahim, tubuh ibu mengalami perubahan besar dalam jumlah hormone sehingga membutuhkan waktu untuk menyesuaikan diri.

Gejala- gejala *Baby blues*, antara lain menangis, mengalami perubahan perasaan, cemas, kesepian, khawatir mengenai sang bayi, penurunan gairah sex, dan kurang percaya diri terhadap kemampuan menjadi seorang ibu. Jika disarankan untuk melakukan hal-hal berikut ini

- 1) Mintalah bantuan suami atau keluarga jika ibu membutuhkan istirahat untuk menghilangkan kelelahan.
- 2) Beritahu suami mengenai apa yang sedang ibu rasakan. Mintalah dukungan dan pertolongannya.
- 3) Buang rasa cemas dan kekhawatiran akan kemampuan merawat bayi
- 4) Carilah hiburan dan luangkan waktu untuk diri sendiri.

Ada kalanya ibu merasakan kesedihan karena kebebasan, otonomi, interaksi sosial, kemandiriannya berkurang. Hal ini akan mengakibatkan depresi pasca-persalinan (depresi postpartum). Berikut ini gejala-gejala depresi pasca-persalinan: sulit tidur, bahkan ketika bayi sudah tidur, nafsu makan hilang perasaan tidak berdaya atau kehilangan, terlalu cemas atau tidak perhatian sama

sekali pada bayi, tidak menyukai atau takut menyentuh bayi, pikiran yang menakutkan mengenai bayi, sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan pribadi, gejala fisik seperti banyak wanita sulit bernapas atau perasaan berdebar-debar (Ambarwati,2010)

e) Post Partum Psikosis

Banyak ibu mengalami perasaan *let down* setelah melahirkan sehubungan dengan seriusnya pengalaman waktu melahirkan dan keraguan akan kemampuan mengatasi secara efektif dalam membesarkan anak. Umumnya depresi ini sedang dan mudah berubah dimulai 2-3 hari setelah melahirkan dan dapat diatasi 1-2 minggu kemudian (Bahiyatun, 2009).

f) Kesedihan dan Dukacita

Kemurungan Masa Nifas

Kemurungan masa nifas normal saja dan disebabkan perubahan dalam tubuh dalam seorang wanita selama kehamilan serta perubahan dalam irama/cara kehidupannya sesudah bayi lahir. Seorang ibu lebih beresiko mengalami kemurungan pasca salin, karena ia masih muda mempunyai masalah dalam menyusui bayinya. Kemurungan pada masa nifas merupakan hal yang umum, dan bahwa perasaan-perasaan demikian biasanya hilang sendiri dalam dua minggu sesudah melahirkan.

g) Terciptanya ikatan ibu dan bayinya

Menciptakan terjadinya ikatan bayi dan ibu dalam jam pertama setelah kelahiran yaitu dengan cara mendorong pasangan orang tua untuk memegang dan memeriksa bayinya, memberi komentar positif tentang bayinya, meletakkan bayinya disamping ibunya. Perilaku normal orang tua untuk menyentuh bayinya ketika mereka pertama kali melihat bayinya yaitu dengan meraba atau menyentuh anggota badan bayi serta kepalanya dengan ujung jari. Berbagai perilaku yang merupakan tanda yang harus diwaspadai

dalam kaitannya dengan ikatan antara ibu dan bayi dan kemungkinan penatalaksanaannya oleh bidan. Penatalaksanaan tindakan apa saja yang bisa membantu terciptanya ikatan antara ibu dan bayi dan pengamatan yang kontinyu memberikan dorongan pada pasangan orang tua.

- h) Tanda- tanda dan gejala serta etiologi kemurungan masa nifas dan klasifikasi atau istilah-istilah lokal yang dipakai untuk mengambarkannya. Ibu yang beresiko tinggi yang mempunyai reaksi psikologis lebih parah dari pada kemurungan masa nifas. Ibu yang sebelumnya pernah mengalami depresi atau tekanan jiwa. Ibu yang rasa percaya dirinya (harkatnya) rendah. Ibu yang tidak mempunyai jaringan dukungan, ibu yang bayinya meninggal atau menyandang masalah. Tanda-tanda dan gejala ibu yang mengalami atau mempunyai reaksi psikologis yang lebih parah dari pada kemurungan masa nifas dan bagaimana penatalaksanaan kebidanannya. Tanda-tanda dan gejala: tidak bisa tidur atau tidak bernafsu makan, merasa bahwa ia tidak merawat dirinya sendiri atau bayinya, berfikir untuk mencederai dirinya sendiri atau bayinya, seolah mendengar suara-suara atau tidak dapat berfikir secara jernih, perilakunya aneh, kehilangan sentuhan atau hubungan dengan kenyataan, adanya halusinasi atau khayalan, menyangkal bahwa bayi yang dilahirkan adalah anaknya (Ambarwati, 2010).
- h. Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui
  - 1) Faktor fisik  
Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga lain (Sulistyawati, 2009).
  - 2) Faktor psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir. Padahal selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak sesuai dengan pengrapan juga bisa memicu *baby blue* (Sulistyawati, 2009).

### 3) Faktor lingkungan, sosial, budaya, dan ekonomi

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Sulistyawati, 2009).

Faktor lingkungan yang paling mempengaruhi status kesehatan masyarakat terutama ibu hamil, bersalin, dan nifas adalah pendidikan. Jika masyarakat mengetahui dan memahami hal-hal yang mempengaruhi status kesehatan tersebut maka diharapkan masyarakat tidak melakukan kebiasaan atau adat istiadat yang merugikan kesehatan khususnya ibu hamil, bersalin, dan nifas.

Status ekonomi merupakan simbol status sosial di masyarakat. Pendapatan yang tinggi menunjukkan kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi yang memenuhi zat gizi untuk ibu hamil. Sedangkan kondisi ekonomi keluarga yang rendah mendorong ibu nifas untuk melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan kesehatan (Sulistyawati, 2009).

#### i. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

##### 1) Nutrisi

Nutrisi atau Gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, arena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi.

Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Disamping itu harus mengandung :

(a) Sumber Tenaga (Energi)

Untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang, protein dapat digunakan sebagai cadangan untuk memenuhi kebutuhan energi).

(b) Sumber Pembangun (Protein)

Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani (ikan, udang, kerang, kepiting, daging ayam, hati, telur, susu, tempe, dan tahu).

(c) Sumber Pengatur dan Perlindungan (Mineral, Vitamin dan Air)

Unsur-unsur tersebut dapat digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh. Ibu menyusui minum Air sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu minum air setelah menyusui).

j. Ambulasi Dini (*Early ambulation*)

Disebut juga *early ambulation*. *Early ambulation* adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan. Klien



sudah diperbolehkan untuk bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Keuntungan *early ambulation* adalah :

- (1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.
- (2) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- (3) Dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan selama ibu masih dalam perawatan (Diah Wulandari, 2010).

k. Eliminasi (Buang Air Kecil dan Besar)

Dalam 6 jam pertama *post partum*, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat menyebabkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pasien bahwa kencing segera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi *postpartum*.

Dalam 24 jam pertama pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Bidan harus dapat meyakinkan pasien untuk tidak takut buang air besar karena buang air besar tidak akan menambah parah luka jalan lahir. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih.

l. Kebersihan Diri

Mandi di tempat tidur dilakkan sampai ibu dapat mandi sendiri di kamar mandi, yang terutama dibersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perawatan perineum.

1) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun

yang lembut minimal sekali sehari. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam tidak boleh terkontaminasi oleh tangan.

2) Perawatan payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.
- b) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui.
- c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.

m. Istirahat

Kebahagiaan setelah melahirkan dapat membuat sulit istirahat. Seorang ibu baru akan cemas apakah ia akan mampu merawat anaknya atau tidak. Hal ini mengakibatkan sulit tidur. Juga akan terjadi gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus mendeteksi atau mengganti popok yang sebelumnya tidak pernah dilakukan. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan-perlahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayinya tidur (Diah Wulandari, 2010).

n. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu

setelah melahirkan. Keputusan berlangsung pada pasangan yang bersangkutan (Nurjanah,2013).

o. Latihan Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawall mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit *postpartum*. Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan mendiskusikan terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul untuk kembali normal. Dengan kembalinya kekuatan otot perut dan panggl, akan mengurangi keluhan sakit punggung yang bisanya dialami oleh ibu nifas. Latihan tertentu beberapa menit akan membantu untuk mengencangkan otot bagian perut (Nurjanah,2013).

p. Respon orang tua terhadap bayi baru lahir

1) *Bounding Attacment*

Yang dimaksud dengan Bounding Attacment adalah sentuhan awal atau kontak kulit antara ibu dan bayi pada menit-menit pertama sampai beberapa menit setelah kelahiran bayi. Pada proses ini, terjadi penggabungan berdasarkan cinta dan penerimaan yang tulus dari orang tua terhadap anaknya dan memberikan dukungan asuhan dalam perawatannya (Nugroho, 2014).

2) Respon ayah dan keluarga

Peran ayah sebagai penyedia dan sebagai penerima dukungan pada periode pasca natal telah sama-sama diabaikan. Terdapat bukti bahwa ayah memainkan fungsi pendukung yang sangat penting di dalam keluarga, namun pertanyaan tentang kapan dan bagaimana memberikan intervensi atau dukungan sampai dengan saat ini belum terselesaikan. Transisi menjadi orang tua merupakan hal yang menimbulkan stres dan pria membutuhkan banyak dukungan sebagaimana wanita transisi digambarkan

sebagai “suatu periode krisis identitas yang melibatkan terjadinya serangkaian perubahan, kehilangan, dan ansietas yang berhubungan dengan dunia eksternal dan internal seseorang (Purwanti, 2011).

Respon orang tua dan keluarga terhadap bayinya di pengaruhi oleh 2 faktor yaitu:

a) Faktor internal

Yaitu genetika, kebudayaan yang mereka praktekkan dan menginternalisasikan dalam diri mereka, moral dan nilai, kehamilan sebelumnya, pengalaman yang terkait, pengidentifikasian yang telah mereka lakukan selama kehamilan (mengidentifikasi diri mereka sendiri sebagai orang tua, keinginan menjadi orang tua yang telah di impikan dan efek pelatihan selama kehamilan.

b) Faktor eksternal

Yaitu perhatian yang diterima selama hamil, melahirkan dan postpartum, sikap dan perilaku pengunjung dan apakah bayinya terpisah dari orang tua selama satu jam pertama dan hari-hari dalam kehidupannya (Ambarwati, 2010).

3) Sibling rivalry

*Sibling rivalry* dapat diartikan sebagai persaingan antara saudara kandung. Persaingan antara saudara kandung merupakan respon yang normal seorang anak karena merasa ada ancaman gangguan yang mengganggu kestabilan hubungan keluarganya dengan adanya saudara baru (Ambarwati, 2010).

Hal ini dapat dicegah dengan selalu melibatkan anak dalam mempersiapkan kelahiran adiknya. Orang tua mengupayakan untuk memperkenalkan calon saudara kandungnya sejak masih dalam kandungan dengan menunjukkan gambar-gambar bayi yang masih dalam kandungan sebagai media yang dapat

membantu anak dalam kandungan sebagai media yang dapat membantu anak dalam mengimajinasikan keadaan calon saudara kandungnya (Sulistyawati, 2009).

Peran bidan dalam mengatasi sibling rivalry, antara lain membantu menciptakan terjadinya ikatan antara ibu dan bayi dalam jam pertama pasca kelahiran dan memberikan dorongan pada ibu serta keluarga untuk memberikan respon positif tentang bayinya, baik melalui sikap maupun ucapan dan tindakan (Yanti, 2011).

#### 4) Proses laktasi dan menyusui

##### a. Anatomi dan fisiologi payudara

Bagian payudara terdiri dari

##### (1) Pabrik ASI (*alveoli*)

Alveoli berbentuk seperti buah anggur, dinding-dindingnya terdiri dari sel-sel yang memproduksi ASI jika dirangsang oleh hormone prolaktin.

##### (2) Saluran ASI (*duktus lactiferous*)

Berfungsi untuk menyalurkan ASI dari pabrik ke gudang

##### (3) Gudang ASI (*sinus lactiferous*)

Tempat penyimpanan ASI yang terletak di bawah kalang payudara (*areola*)

##### (4) Otot polos (*myoepithel*)

Otot yang mengelilingi pabrik ASI, jika dirangsang oleh hormon oksitosin maka otot yang melingkari pabrik ASI akan mengerut dan menyemburkan ASI di dalamnya, selanjutnya ASI akan mengalir ke saluran payudara dan berakhir di gudang ASI. (Ari, Sulistyawati 2009)

##### r. Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Pengetahuan ibu dalam memposisikan bayi pada payudaranya, ketepatan waktu menyusui, rasa percaya diri serta dukungan dalam memberi ASI terbukti dapat membantu mencegah berbagai kesulitan umum saat menyusui. Untuk itu kehadiran seorang bidan sangat diperlukan untuk meyakinkan ibu bahwa bayi memperoleh makanan yang mencukupi dari ASI, membantu ibu hingga ia mampu menyusui bayinya sendiri.

Langkah – langkah bidan dalam memberikan dukungan pemberian ASI :

- 1) Membiarkan bayi bersama ibunya segera sesudah dilahirkan, selama beberapa jam pertama. Hal ini penting dilakukan untuk membangun hubungan, disamping pemberian ASI. Bayi normal akan terjaga selama beberapa jam sesudah lahir, sebelum memasuki masa tidur pulas. Pada saat terjaga tersebut bayi wajib menerima ASI. Kondisi ini harus diciptakan agar bayi merasa nyaman dan hangat dengan membaringkan di pangkuan, menyelimutinya, dan menempelkan ke kulit ibunya. Jika mungkin, lakukan ini paling sedikit selama 30 menit. (Purwati, Eni 2012)
- 2) Mengajarkan kepada ibu cara merawat payudara yang sehat untuk mencegah masalah umum yang timbul. Ibu harus menjaga agar tangan dan puting susunya selalu bersih untuk mencegah kotoran dan kuman masuk ke dalam mulut bayi. Ini juga mencegah luka pada puting susu dan infeksi pada payudara. Hal ini tidak boleh dilupakan yaitu mencuci tangan dengan sabun sebelum menyentuh puting susunya, dan sebelum menyusui bayinya, sesudah buang air kecil, buang air besar, atau menyentuh sesuatu yang kotor. Ia juga harus membersihkan payudaranya dengan air bersih minimal satu kali sehari, tanpa mengoleskan krim, minyak,

alkohol, atau sabun pada puting susunya. (Purwati, Eni 2012)

- 3) Mendampingi ibu pada waktu pertama kali memberi ASI. Posisi menyusui yang benar merupakan hal yang sangat penting. Tanda-tanda bayi telah berada pada posisi yang baik pada payudara, antara lain : seluruh tubuhnya berdekatan dan terarah pada ibu, mulut dan dagunya berdekatan dengan payudara, areola tidak dapat terlihat dengan jelas, ibu akan melihat bayi melakukan hisapan yang lamban dan dalam, serta menelan ASI-nya, bayi terlihat tenang dan senang, ibu tidak merasakan adanya nyeri pada puting susu, telinga dan lengan bayi berada pada satu garis lurus, kepala tidak menengadah.(Purwati, Eni 2012)
- 4) Menempatkan bayi di dekat ibunya (*rawat gabung/rooming in*). Hal ini bertujuan agar ibu dapat dengan mudah menyusui bayinya bila lapar. Ibu harus belajar mengenali tanda-tanda yang menunjukkan bayinya lapar. Bila ibu terpisah dari bayinya maka ia akan lebih lama belajar mengenali tanda-tanda tersebut. (Purwati, Eni 2012)
- 5) Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayi sesering mungkin. Biasanya bayi baru lahir ingin minum ASI setiap 2-3 jam atau 10-12 kali dalam 24 jam. Bila bayi tidak minta diberikan ASI maka anjurkan ibu untuk memberikan ASI-nya setidaknya setiap 4 jam. Selama 2 hari pertama setelah lahir, biasanya bayi tidur panjang selama 6-8 jam. Namun demikian ASI tetap wajib diberikan dengan membangunkannya. Pada hari ketiga setelah lahir, umumnya bayi menyusu setiap 2-3 jam.(Purwati, Eni 2012)
- 6) Meyakinkan ibu agar hanya memberikan kolostrum dan ASI saja. Makanan selain ASI, termasuk air dapat membuat

bayi sakit dan menurunkan persediaan ASI ibunya karena produksi ASI ibu tergantung pada seberapa banyak ASI dihisap oleh bayinya. Bila minuman lain diberikan, bayi tidak akan merasa lapar sehingga ia tidak akan menyusu. (Purwati, Eni 2012)

- 7) Hindari susu botol dan dot "empeng". Susu botol dan kempengan membuat bayi bingung dan dapat membuatnya menolak puting ibunya atau tidak menghisap dengan baik. Mekanisme menghisap botol atau kempengan berbeda dari mekanisme menghisap puting susu pada payudara ibu. Bila bayi diberi susu botol atau kempengan ia akan lebih susah belajar menghisap ASI ibunya. (Purwati, Eni 2012)

s. Manfaat pemberian ASI

- 1) Bagi bayi

Pemberian ASI dapat membantu bayi memulai kehidupannya dengan baik. Kolostrum atau susu pertama mengandung antibodi yang kuat untuk mencegah infeksi dan membuat bayi menjadi kuat. ASI mengandung campuran berbagai bahan makanan yang tepat bagi bayi, serta mudah dicerna. ASI tanpa tambahan makanan lain merupakan cara terbaik untuk memberi makan bayi dalam waktu 4-6 bulan pertama. Sesudah 6 bulan, beberapa bahan makanan lain dapat ditambahkan pada bayi. (Sulistyawati, Ari 2009)

- 2) Bagi ibu

Pemberian ASI membantu ibu untuk memulihkan diri dari proses persalinannya. Pemberian ASI selama beberapa hari pertama membuat rahim berkontraksi dengan cepat dan memperlambat perdarahan. Hisapan pada puting susu merangsang dikeluarkannya hormon oksitosin alami yang akan membantu kontraksi rahim. Ibu



yang menyusui dan belum menstruasi akan kecil kemungkinannya untuk menjadi hamil walau tanpa KB karena kadar prolaktin yang tinggi akan menekan hormon FSH dan ovulasi. (Sulistyawati, Ari 2009)

3) Bagi semua orang

ASI selalu bersih dan bebas hama yang dapat menyebabkan infeksi, pemberian ASI tidak memerlukan persiapan khusus, ASI selalu tersedia dan gratis, bila ibu memberikan ASI pada bayinya sewaktu-waktu ketika bayinya meminta (*on demand*) maka kecil kemungkinannya bagi ibu untuk hamil dalam 6 bulan pertama sesudah melahirkan, ibu menyusui yang siklus menstruasinya belum pulih kembali akan memperoleh perlindungan sepenuhnya dari kemungkinan hamil. (Sulistyawati Ari 2009)

t. Tanda bayi cukup ASI

- 1) Bayi kencing setidaknya 6 kali sehari dan warnanya jernih sampai kuning muda
- 2) Bayi sering buang air besar berwarna kekuningan “berbiji”.
- 3) Bayi tampak puas, sewaktu-waktu merasa lapar, bangun, dan tidur cukup. Bayi setidaknya menyusui 10-12 kali dalam 24 jam
- 4) Payudara ibu terasa lebut dan kosong setiap kali selesai menyusui
- 5) Ibu dapat merasakan geli karena aliran ASI, setiap kali bayi mulai menyusu
- 6) Bayi bertambah berat badannya. (Eni, Purwati 2012)

u. ASI Eksklusif

Yang dimaksud dengan ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman pendamping (termasuk air jeruk, madu, air gula), yang dimulai sejak bayi baru lahir sampai

dengan usia 6 bulan. Pemberian ASI eksklusif ini tidak selamanya harus langsung dari payudara ibu. Ternyata ASI yang ditampung dari payudara ibu dan ditunda pemberiannya kepada bayi melalui metode penyimpanan yang benar relatif masih sama kualitasnya dengan ASI yang langsung dari payudara ibunya.

Komposisi ASI sampai 6 bulan sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi, meskipun tanpa tambahan makanan atau produk minuman pendamping. Kebijakan ini berdasarkan beberapa hasil penelitian (*evidence based*) yang menemukan bahwa pemberian makanan pendamping ASI justru akan menyebabkan pengurangan kapasitas lambung bayi dalam menampung asupan cairan ASI sehingga pemenuhan ASI yang seharusnya dapat maksimal telah tergantikan oleh makanan pendamping. (Sulistyawati Ari 2009).

v. Cara merawat payudara

- 1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama bagian puting susu
- 2) Menggunakan BH yang menyokong payudara
- 3) Apabila puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar di sekitar puting setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting susu yang tidak lecet
- 4) Apabila lecet sangat berat, dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan menggunakan sendok.
- 5) Untuk menghilangkan nyeri, ibu dapat minum paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam

Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI maka ibu dapat melakukan : pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit, urut

payudara dari pangkal ke puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah “Z” menuju puting, keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak, susukan bayi setiap 2-3 jam. Apabila bayi tidak dapat mengisap seluruh ASI, sisanya keluarkan dengan tangan, letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui. (Sulistyawati Ari 2009)

w. Cara menyusui yang baik dan benar

1) Posisi ibu dan bayi yang baik dan benar

a) Berbaring miring

Ini posisi yang baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasakan lelah atau nyeri. Ini biasanya dilakukan pada ibu menyusui yang melahirkan melalui operasi sesar. Yang harus diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan napas bayi agar tidak tertutup oleh payudara ibu. Oleh karena itu, ibu harus selalu didampingi oleh orang lain ketika menyusui. (Eni, Purwanti 2012).

b) Duduk

Untuk posisi menyusui dengan duduk, ibu dapat memilih beberapa posisi tangan dan bayi paling nyaman yaitu posisi tangan memegang bola, posisi tangan memegang double bola, posisi madonna, posisi tangan transisi/*cross cradle*, posisi *crisscross hold*. (Eni, Purwanti 2012)

x. Proses perlekatan bayi dengan ibu

Untuk mendapatkan perlekatan yang maksimal, penting untuk memberikan topangan/sandaran pada punggung ibu dalam posisinya tegak lurus terhadap pangkuannya. Ini mungkin dapat

dilakukan dengan duduk bersila di atas tempat tidur, di lantai, atau di kursi.

Dengan posisi berbaring miring atau duduk (punggung dan kaki ditopang), akan membantu bentuk payudaranya dan memberikan ruang untuk menggerakkan bayinya ke posisi yang baik. Badan bayi harus dihadapkan ke arah badan ibu dan mulutnya berada di hadapan puting susu ibu. Leher bayi harus sedikit ditengadahkan.

Bayi sebaiknya ditopang pada bahunya sehingga posisi kepala agak tengadah dapat dipertahankan. Kepala dapat ditopang dengan jari-jari yang terentang atau pada lekukan siku ibunya. Mungkin akan membantu dengan membungkus bayi sehingga tangannya berada di sisi badan. Bila mulut bayi disentuh dengan lembut ke puting susu ibunya maka ia akan membuka mulutnya lebar-lebar (*refleks rooting*). Pada saat mulut bayi terbuka, gerakkan dengan cepat ke arah payudara ibu.

Sasarannya adalah memposisikan bibir bawah paling sedikit 1,5 cm dari pangkal puting susu. Bayi harus mengulum sebagian besar dari areola di dalam mulutnya, bukan hanya ujung puting susunya saja. Hal ini akan memungkinkan bayi menarik sebagian dari jaringan payudara masuk ke dalam mulutnya dengan lidah dan rahang bawah. Puting susu akan masuk sampai sejauh langit-langit lunak dan bersentuhan dengan langit-langit tersebut. Sentuhan ini akan merangsang refleks penghisapan. Rahang bawah bayi menutup pada jaringan payudara, pengisapan akan terjadi, dan puting susu ditangkap dengan baik dalam rongga mulut, sementara lidah memberikan penekanan yang berulang-ulang secara teratur sehingga ASI akan keluar dari *duktus lactiferous*.

Tanda-tanda perlekatan yang benar, antara lain : tampak areola masuk sebanyak mungkin, areola bagian atas lebih banyak

terlihat, mulut terbuka lebar, bibir atas dan bawah terputar keluar, dagu bayi menempel pada payudara, gunduk ASI termasuk dalam jaringan yang masuk, jaringan payudara merenggang sehingga membentuk “dot” yang panjang, puting susu sekitar sepertiga sampai seperempat bagian “dot” saja, bayi menyusui pada payudara bukan puting susu, lidah bayi terjulur melalui gusi bawah (di bawah gunduk ASI), melingkari “dot” jaringan payudara. (Sulistyawati, Ari 2009)

y. Masalah dalam pemberian ASI

1) Pada Masa Antenatal

Puting susu yang tidak menonjol/datar sebenarnya tidak selalu menjadi masalah. Secara umum, ibu tetap masih dapat menyusui bayinya dan upaya selama antenatal umumnya kurang menguntungkan, seperti memanipulasi puting dengan *prasad hoffman*, menarik-narik puting, atau penggunaan *breast shield* dan *breast shell*. Yang paling efisien untuk memperbaiki keadaan ini adalah isapan langsung bayi yang kuat. Dalam hal ini, sebaiknya ibu tidak melakukan apa-apa, tunggu saja sampai bayi lahir. Segera setelah bayi lahir, ibu dapat melakukan : *skin to skin contact* dan biarkan bayi mengisap sedini mungkin, biarkan bayi “mencari” puting susu, kemudian mengisapnya. Bila perlu, coba berbagai posisi untuk mendapatkan keadaan puting yang paling menguntungkan, apabila puting benar-benar tidak muncul, dapat ditarik dengan pompa puting susu (*nipple puller*), atau yang paling sederhana dengan modifikasi *sprit injeksi* 10 ml. Bagian ujung dekat jarum dipotong dan kemudian pendorong dimasukkan dari arah potongan tersebut. Cara penggunaan pompa puting susu modifikasi ini adalah dengan menempelkan ujung pompa pada payudara sehingga puting berada didalam pompa,

kemudian tarik perlahan sehingga terasa ada tahanan dan dipertahankan selama 30 detik sampai 1 menit. Bila terasa sakit, tarikan dikendorkan. Prosedur ini diulang terus hingga beberapa kali dalam sehari. Jika tetap mengalami kesulitan, usahakan agar bayi tetap disusui dengan sedikit penekanan pada *areola mammae* dengan jari hingga terbentuk "dot" ketika memasukkan puting susu ke dalam mulut bayi. Bila terlalu penuh, ASI dapat diperas terlebih dahulu dan diberikan dengan sendok atau cangkir, atau teteskan langsung ke mulut bayi. Bila perlu, lakukan ini hingga 1-2 minggu.

z. Pada masa setelah persalinan dini. (Sulistyawati, Ari 2009)

1) Puting susu lecet

Pada keadaan ini, seorang ibu sering menghentikan proses menyusui karena putingnya sakit. Dalam hal ini, yang perlu dilakukan oleh ibu adalah mengecek bagaimana perlekatan ibu dan bayi, serta mengecek apakah terdapat infeksi *candida* (di mulut bayi). Jika gejala berikut ditemui maka berikan *nistatin*. Biasanya, kulit akan merah, berkilat, kadang gatal, terasa sakit yang menetap, dan kulit kering bersisik.

Saat puting susu dalam keadaan lecet dan kadang luka, ibu dapat terus memberikan ASI pada bagian luka yang tidak begitu sakit, mengoles puting susu dengan ASI akhir, jangan sekali-kali memberikan obat lain, seperti krim, salep, dan lain-lain. Mengistirahatkan puting susu yang sakit untuk sementara waktu, kurang lebih 1x24 jam dan biasanya akan sembuh sendiri dalam waktu sekitar 2x24 jam. Selama puting susu diistirahatkan, sebaiknya ASI tetap dikeluarkan dengan tangan dan tidak dianjurkan dengan alat pompa karena akan nyeri. Kemudian berikan ASI

kepada bayi dengan menggunakan sendok atau pipet. Cuci payudara sekali saja dalam sehari dan tidak dibenarkan menggunakan sabun.

## 2) Payudara bengkak

Sebelumnya, perlu membedakan antara payudara penuh karena berisi ASI dengan payudara bengkak. Pada payudara penuh, gejala yang dirasakan pasien adalah rasa berat pada payudara, panas, dan keras, sedangkan pada payudara bengkak, akan terlihat payudara *oedema*, pasien merasakan sakit, puting susu kencang, kulit mengkilat walau tidak merah, ASI tidak akan keluar bila diperiksa atau diisap, dan badan demam setelah 24 jam. Hal ini dapat terjadi karena beberapa hal, antara lain produksi ASI meningkat, terlambat menyusukan dini, perlekatan kurang baik, kurang sering mengeluarkan ASI, atau karena ada pembatasan waktu menyusui. Untuk mencegah supaya hal ini tidak terjadi, perlu dilakukan beberapa hal, seperti menyusui dini, perlekatan yang baik, dan menyusui *on demand*. Bayi harus lebih sering disusui. Apabila terlalu tegang atau bayi tidak dapat menyusu, sebaiknya ASI dikeluarkan dahulu agar ketegangan menurun.

## 3) Abses payudara (*mastitis*)

*Mastitis* adalah peradangan pada payudara. Ada 2 jenis mastitis, yaitu *non-infective mastitis* (hanya karena pembendungan ASI) dan *infective mastitis* (telah terinfeksi bakteri). Lecet pada puting dan trauma pada kulit juga dapat mengundang infeksi bakteri. Gejala yang ditemukan adalah payudara menjadi merah, bengkak, kadang disertai rasa nyeri dan panas, serta suhu tubuh meningkat. Di bagian dalam terasa ada massa padat (*lump*), dan di bagian luarnya, kulit menjadi merah. Keadaan tersebut dapat

disebabkan beberapa hal, antara lain : kurangnya ASI yang dikeluarkan atau diisap, pengisapan yang tidak efektif, kebiasaan menekan payudara dengan jari atau karena tekanan baju, pengeluaran ASI yang kurang baik pada payudara yang besar, terutama pada bagian bawah payudara yang menggantung.

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan antara lain : kompres hangat/panas dan lakukan pemijatan, rangsang oksitosin dengan pemijatan punggung dan kompres, pemberian antibiotik *flucloxacillin* atau *erythromycin* selama 7 – 10 hari. Bila perlu, istirahat total dan konsumsi obat untuk menghilangkan rasa nyeri. Kalau sudah terjadi abses, sebaiknya payudara yang sakit tidak boleh disusukan karena mungkin akan memerlukan tindakan bedah.

aa) Pada masa setelah persalinan lanjut

1) Sindrom ASI kurang

Pada kenyataannya, ASI tidak benar-benar kurang. Tanda-tanda yang “mungkin saja” ASI benar-benar kurang yaitu bayi tidak puas setiap kali menyusui, menyusui dengan waktu yang sangat lama, atau terkadang lebih cepat menyusui. Bayi sering menangis atau menolak jika disusui. Tinja bayi keras, kering, atau berwarna hijau. Payudara tidak membesar selama kehamilan (keadaan yang jarang) atau ASI tidak “ada” setelah bayi lahir.

Tanda bahwa ASI benar-benar kurang antara lain berat badan bayi meningkat kurang dari rata-rata 500 gram per bulan. Berat badan setelah lahir dalam waktu 2 minggu belum kembali. Ngompol rata-rata kurang dari 6 kali dalam 24 jam. Cairan urine pekat, bau, dan berwarna kuning.

2) Ibu yang bekerja



Seringkali alasan pekerjaan membuat seorang ibu merasa kesulitan untuk memberikan ASI secara eksklusif. Banyak diantaranya disebabkan karena ketidaktahuan dan kurangnya minat untuk menyusui bayinya. Sebenarnya ada beberapa cara yang dapat dianjurkan pada ibu menyusui yang bekerja, antara lain : susuilah bayi sebelum ibu berangkat bekerja, keluarkan ASI dengan cara diperas, kemudian simpan untuk persediaan yang di rumah selama ibu bekerja, keluarkan ASI dengan cara diperas, kemudian disimpan untuk persediaan di rumah selama ibu bekerja, pada saat ibu di rumah, sesering mungkin bayi disusui, dan ganti jadwal menyusunya sehingga banyak menyusui di malam hari, tingkatkan keterampilan mengeluarkan ASI dan mengubah jadwal menyusui sebaiknya telah dipraktikkan sebulan sebelum ibu mulai kembali bekerja setelah cuti, minum dan makan makanan yang bergizi dan cukup selama bekerja dan menyusui bayinya.

bb) Masalah menyusui pada keadaan khusus

Yang termasuk dalam “keadaan khusus” adalah ibu yang melahirkan dengan bedah sesar, ibu yang menderita AIDS (HIV+), dan ibu yang menderita hepatitis B.

1) Ibu yang melahirkan dengan bedah sesar

Pada ibu yang mengalami bedah dengan pembiusan umum, tidak mungkin dapat segera menyusui bayinya karena ibu belum sadar akibat pengaruh obat biusnya. Jika ibu sudah sadar maka secepatnya bayi disusukan dengan bantuan tenaga medis. (Sulistyawati, Ari 2009)

2) Ibu yang menderita AIDS (HIV+)

AIDS pada anak-anak muncul bersama-sama dengan AIDS pada orang dewasa. Pada orang dewasa, penularan umumnya melalui 3 cara, yaitu hubungan seksual dengan penderita, penularan parenteral melalui transfusi darah, dan jarum suntik

yang dipakai bersama-sama dengan penderita, sedangkan bagi perinatal, ibu yang menularkan kepada bayinya. Pada anak AIDS mempunyai hubungan yang spesifik dengan faktor-faktor resiko tertentu, seperti ibu yang kecanduan obat atau narkotik suntikan, anak yang dilahirkan dari ibu yang menderita AIDS, anak yang mendapat transfusi dari donor penderita. (Sulistyawati, Ari 2009)

Dugaan faktor menyusui sebagai risiko penderita AIDS bagi bayi atau dimulai dari adanya laporan dari adanya laporan dari beberapa negara, seperti Rwanda, Australia, Prancis, Amerika Serikat, dan Zaire tentang ibu yang mendapat transfusi setelah persalinan karena berbagai sebab. Ternyata, bayinya terinfeksi oleh HIV. Berdasarkan laporan inilah, kemudian diduga ASI dapat menjadi media penularan HIV, bahkan ada laporan juga bahwa HIV dapat diisolasi dari ASI. (Sulistyawati, Ari 2009)

3) Ibu yang menderita hepatitis B

Sampai saat ini, pandangan mengenai boleh tidaknya seorang ibu dengan hepatitis B menyusui anaknya didasarkan atas pertimbangan yang serupa dengan AIDS. Menurut *Americans Academy of Pediatrics*, seorang ibu dengan HbsAg+ dapat menyusui bayinya setelah bayinya diberi imunisasi hepatitis B.

cc) Masalah menyusui pada bayi

1) Bayi sering menangis

Ada beberapa hal yang perlu ibu perhatikan bila bayinya menangis : alasan bayi menangis, apakah karena laktasi belum berjalan baik atau karena sebab lain, misalnya mengompol, sakit, merasa jemu, ingin digendong, atau ingin disayang. Keadaan ini merupakan hal biasa dan ibu tidak perlu terlalu cemas karena kecemasan ibu dapat mengganggu proses laktasi itu sendiri. Akibatnya produksi ASI akan berkurang. Hal ini dapat diatasi

dengan mengganti posisi bayi, misalnya posisi tengkurap sambil ditepuk-tepuk pantatnya dengan lembut. Mungkin bayi belum puas menyusu karena posisi tidak benar saat menyusu, yang akibatnya ASI tidak sempurna keluarnya. Bayi menangis mempunyai maksud untuk menarik perhatian, terutama kepada ibu karena sesuatu hal. Oleh karena itu janganlah membiarkan bayi menangis terlalu lama, di samping akan membuat ibu menjadi kesal, juga akan mengganggu proses laktasi. (Sulistyawati, Ari 2009)

2) Bayi bingung putting

Bingung puting (*nipple confusion*) adalah suatu keadaan yang terjadi karena bayi mendapat susu formula dalam botol berganti-ganti dengan menyusui pada ibu. Peristiwa ini terjadi karena mekanisme menyusu dengan dot berbeda dengan menyusu pada ibu.

3) Bayi prematur dan bayi kecil (berat badan rendah)

Bayi kecil, prematur, atau bayi dengan berat badan lahir rendah mempunyai masalah untuk menyusu karena refleks isapnya lemah. Oleh karena itu, bayi kecil harus cepat dan lebih sering dilatih menyusu. Berikan ASI sesering mungkin, walaupun waktu menyusunya pendek-pendek. Untuk merangsang isapan bayi, sentuhlah langit-langit mulut bayi dengan menggunakan jari tangan ibu yang bersih. Bila bayi masih dirawat di RS, seringlah dijenguk sambil diberi sentuhan penuh kasih sayang atau bila mungkin susuilah secara langsung. (Sulistyawati, Ari 2009)

4) Bayi kuning (*ikterik*)

Kuning dini terjadi pada bayi usia antara 2-10 hari. Bayi kuning lebih sering terjadi dan lebih berat kasusnya pada bayi-bayi yang tidak mendapat cukup ASI. Warna kuning disebabkan kadar *bilirubin* yang tinggi dalam darah, yang dapat terlihat pada kulit

dan sklera. Untuk mencegah agar warna kuning tidak lebih berat, bayi jelas membutuhkan lebih banyak ASI. Dalam hal ini yang harus dilakukan adalah segera memberikan ASI setelah bayi lahir, susui bayi sesering mungkin dan tanpa dibatasi, bayi yang mendapat ASI dikeluarkan, sebaiknya diberi tambahan 20% ASI (donor).

5) Bayi kembar

Mula-mula, ibu dapat menyusui seorang demi seorang, tetapi sebenarnya ibu dapat menyusui sekaligus berdua. Salah satu posisi yang mudah adalah memegang bola. Jika ibu menyusui bersama-sama, bayi haruslah menyusu pada payudara secara bergantian, jangan menetap hanya di satu payudara saja.

6) Bayi sakit

Sebagian kecil bayi yang sakit dengan indikasi khusus, tidak diperbolehkan mendapatkan makanan per oral, tetapi jika kondisi sudah memungkinkan, sebaiknya sesegera mungkin ASI diberikan. Untuk penyakit-penyakit tertentu, justru ASI diperbanyak, misalnya pada kasus diare, pneumonia, TBC, dan lain-lain.

7) Bayi sumbing dan celah langit-langit (*pallatum*)

Bila sumbing pada langit-langit lunak (*pallatum molle*) atau sumbing pada langit-langit keras (*pallatum durum*), bayi dengan posisi tertentu masih tetap dapat menyusu. Cara menyusui yang dianjurkan yaitu posisi bayi duduk, puting dan areola dipegang selagi menyusui. Hal tersebut sangat membantu bayi untuk mendapatkan cukup ASI. Ibu jari ibu dapat dipakai sebagai penyumbat celah pada bibir bayi. Bila bayi mempunyai sumbing pada bibir dan langit-langit, ASI dikeluarkan dengan cara manual atau dengan pompa, kemudian berikan dengan sendok, pipet,

atau botol dengan dot yang panjang sehingga ASI dapat masuk dengan sempurna.

8) Bayi dengan lidah pendek (*lingual frenulum*)

Bayi dengan kondisi ini akan sukar melaksanakan laktasi dengan sempurna karena lidah tidak sanggup “memegang” puting dan areola dengan baik. Ibu dapat membantu dengan menahan kedua bibir bayi segera setelah bayi dapat menangkap puting dan areola dengan benar. Pertahankan kedudukan kedua bibir bayi agar posisi tidak berubah-ubah.

5. Keluarga Berencana

Dalam pemilihan metode atau alat kontrasepsi ini ada beberapa fase yang akan di jadikan sasaran Menurut (Mulyani dan Rinawati 2013) yaitu KB pasca salin.

**B. Standar Asuhan Kebidanan**

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 983/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan

1. STANDAR I : Pengkajian

a. Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Kriteria pengkajian

1) Data tepat ,akurat dan lengkap

2) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata,keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya)

3) Data obyektif (Hasil pemeriksaan fisik, psikogis dan pemeriksaan penunjang)

2. STANDAR II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

a. Pernyataan standar

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat

b. Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

3. STANDAR III : Perencanaan

a. Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan

b. Kriteria perencanaan

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. STANDAR IV : Implementasi

- a. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

b. Kriteria implementasi

- 1) Memperhatikan keunikan manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privacy klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. STANDAR V : Evaluasi

a. Pernyataan standar

Bidan melakukan evaluasi sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keektifan dari asuhan yang sudah diberikan ,sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

b. Kriteria evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera di catat dan di komunikasikan pada klien dan keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi di tindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. STANDAR VI : Pencatatan asuhan kebidanan

a. Pernyataan standar

Melakukan pencatan secara lengkap, akurat, ingkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

- b. Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
  - 1) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
  - 2) S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
  - 3) O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
  - 4) A adalah hasil analisis mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
  - 5) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

### **C. Kewenangan Bidan**

Wewenang bidan dalam memberikan pelayanan dijelaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang izin penyelenggaraan praktik bidan terutama pada pasal 9 sampai dengan pasal 12.

#### **1. Pasal 9**

Dalam pasal ini menyebutkan bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan normal
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

#### **2. Pasal 10**

##### **a. Ayat 1**

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.



b. Ayat 2

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- 1) Pelayanan konseling pada masa hamil
- 2) Pelayanan antenatal pada masa kehamilan
- 3) Pelayanan persalinan normal
- 4) Pelayanan ibu menyusui
- 5) Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan

c. Ayat 3

Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk:

- (a) Episiotomi
- (b) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
- (c) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan
- (d) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
- (e) Pemberian Vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
- (f) Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif
- (g) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
- (h) Penyuluhan dan konseling
- (i) Bimbingan pada kelompok ibu hamil
- (j) Pemberian surat keterangan kematian
- (k) Pemberian surat keterangan cuti bersalin

3. Pasal 11

a. Ayat 1

Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah

b. Ayat 2

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk :

- 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusu dini, injeksi vit K 1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hr), perawatan tali pusat.
- 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk
- 3) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan
- 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
- 5) Pemantauan tubuh kembang bayi, anak balita dan anak prasekolah
- 6) Pemberian konseling dan penyuluhan
- 7) Pemberian surat keterangan kelahiran
- 8) Pemberian surat keterangan kematian

#### 4. Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf c berwenang untuk:

- a. Memberikan penyuluhan dan konseling; kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- b. Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom

### **D. Kriteria Asuhan Kebidanan (SOAP)**

#### 1. Standar asuhan kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Menurut Kepmenkes No.938 tahun 2007 menjelaskan standar asuhan kebidanan sebagai berikut:

a. Standar I: Pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Kriteria pengkajian:

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap.
- 2) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
- 3) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan pnunjang).

b. Standar II : Perumusan dan diagnosa dan atau masalah

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah:

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- 3) Bisa diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

c. Standar III: Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

Kriteria perencanaan:

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologis, sosial budanya klien/keluarga.

- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku sumberdaya serta fasilitas yang ada.

d. Standar IV: Implementasi.

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriteria:

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (*inform consent*).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- 5) Menjaga privacy klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

e. Standar V: Evaluasi.

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Kriteria Evaluasi:

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.

f. Standar VI: Pencatatan asuhan Kebidanan.

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

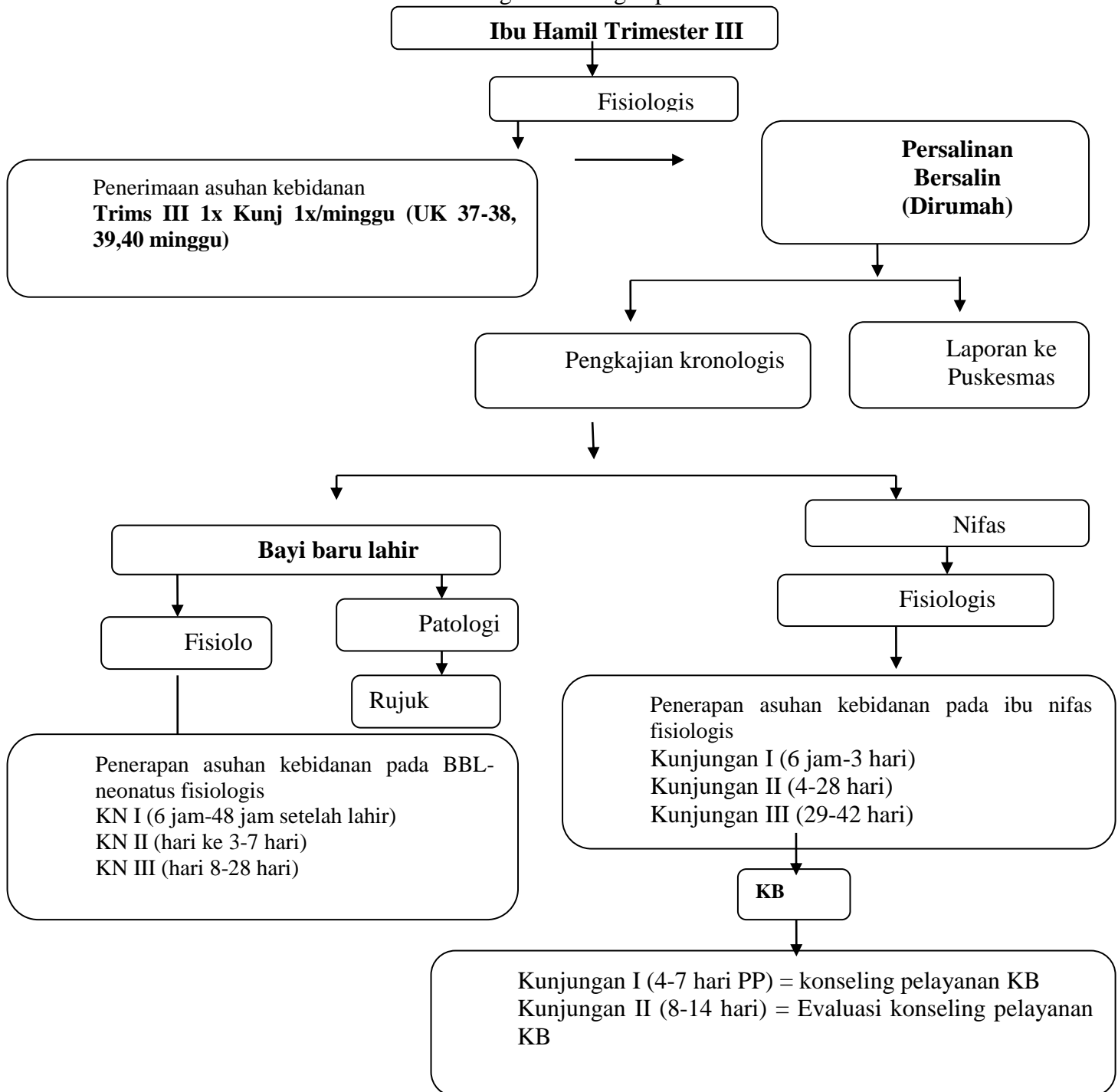
Kriteria Pencatatan asuhan kebidanan:

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis).
- 2) Catatan perkembangan ditulis dalam bentuk (SOAP).
  - a) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
  - b) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
  - c) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
  - d) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi evaluasi/follow up dan rujukan.

### **E. Kerangka Pemikiran**

Kerangka ini biasanya memuat tujuan, penelitian, saran atau kesimpulan penelitian. Sebelum ataupun setelah dibuat bagan kerangka pikir penelitian, maka biasanya peneliti membuat penjelasan runtut dan sistematis terkait dengan bagan yang akan atau telah

Bagan 1.kerangka pikir



## **BAB III**

### **METODE KASUS**

#### **A. Jenis Laporan Kasus**

Dalam pengambilan kasus ini penulis menggunakan metode studi penelaahan kasus yang terdiri dari unit tunggal, dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Studi kasus adalah suatu metode untuk memahami individu yang dilakukan secara integrative dan komprehensif agar diperoleh pemahaman yang mendalam tentang individu tersebut beserta masalah yang dihadapinya dengan tujuan masalahnya dapat teratasi dan memperoleh perkembangan yang baik.

Pada studi kasus ini membahas tentang asuhan kebidanan komprehensif sepanjang daur kehidupan reproduksi seorang wanita (Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana), dengan menggunakan asuhan kebidanan pendokumentasian SOAP.

#### **B. Lokasi dan Waktu**

Lokasi studi kasus merupakan tempat yang digunakan dalam pengambilan kasus (Notoatmodjo,2015). Dalam studi kasus ini pengambilan kasus dilaksanakan di wilayah kerja puskesmas Oepoi, sedangkan waktu pengambilan studi kasus merupakan batas waktu dimana pengambilan kasus diambil (Notoatmodjo, 2010), waktu pengambilan kasus dimulai pada tanggal 18 Februari sampai dengan 18 Mei 2019 di Puskesmas Oepoi.

#### **C. Subyek Laporan Kasus**

Subyek studi kasus merupakan hal atau orang yang akan dikenai dalam kegiatan pengambilan kasus (Notoatmodjo,2010).

1. Populasi

Ibu hamil trimester III, yang dilakukan pengkajian pada tanggal 5 Mei 2019 di puskesmas Oepoi.

2. Sampel

Ny. Y.S G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>1</sub> usia kehamilan 39 minggu 5 Hari janin hidup tunggal letak kepala intra uterin keadaan ibu dan janin baik.

#### **D. Teknik Pengumpulan Data**

Instrumen yang digunakan adalah pedoman observasi, wawancara dan studi dokumentasi dalam bentuk format asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, BBL, ibu nifas dan KB. Instrumen yang digunakan dalam pelaporan studi kasus ini terdiri dari alat dan bahan. Alat yang digunakan dalam studi kasus ini antara lain:

1. Alat dan bahan dalam pengambilan data antara lain:
  - a. Format pengkajian ibu hamil, ibu bersalin, BBL, ibu nifas dan KB.
  - b. KMS
  - c. Buku tulis
  - d. Bolpoint dan penggaris
2. Alat dan bahan untuk pemeriksaan fisik dan observasi.
  - a. Kehamilan :
    - 1) Timbangan berat badan
    - 2) Alat pengukur tinggi badan
    - 3) Pita pengukur lingkaran lengan atas.
    - 4) Alat pengukur tanda-tanda vital : tensi meter, stetoskop, termometer, jam tangan.
    - 5) Pita sentimeter atau metline
    - 6) Untuk Auskultasi: doppler, jeli, tissue.
    - 7) Jam tangan yang ada detik.
    - 8) Leflet



b. Persalinan :

1) Alat tulis (Pinsil), lembar partograf.

2) Saft 1 :

- a) Partus Set : klem tali pusat 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomy 1 buah, ½ kocher 1 buah, benang/penjepit tali pusat 1 buah, kasa secukupnya.
- b) Handscoon steril 2 pasang.
- c) Tempat berisi obat (oxytocin, lidoqain, aquades, vit k, salep mata)
- d) Com berisi air DTT dan kapas sublimat.
- e) Corentang dalam tempatnya.
- f) Betadin.
- g) Funandoscop/dopler dan pita cm.
- h) Disposable 1cc, 3cc, dan 5 cc ( @1 buah ).

3) Saft II

- a) Heacting set: nalfuder 1 buah, benang heacting, gunting benang 1 buah, pinset anatomis dan cirurgis @ 1 buah, jarum otot dan kulit, kasa secukupnya.
- b) Handscoon 1 pasang
- c) Penghisap lendir
- d) Tempat plasenta
- e) Air clorin 0,5 %
- f) Tensi meter
- g) Tempat sampah tajam, medis dan non medis.

4) Saft III

- a) Cairan infuse, infuse set, abocath, plester, kapas alkohol, gunting plester
- b) Pakaian ibu dan bayi

- c) Celemek, penutup kepala, masker, kacamata, sepatu both
  - d) Alat resusitasi.
- c. Nifas :Tensimeter
  - 1) Stetoskop
  - 2) Thermometer
  - 3) Jam tangan yang ada detik
  - 4) Buku catatan dan alat tulis
  - 5) Kapas DTT dalam com
  - 6) Bak instrument berisi hanscoond
  - 7) Larutan klorin 0,5 %
  - 8) Air bersih dalam baskom
  - 9) Kain, pembalut, dan pakaian dalam ibu yang bersih dan kering
- d. Bayi Baru Lahir :
  - 1) Selimut bayi
  - 2) Pakaian bayi
  - 3) Timbangan bayi
  - 4) Alas dan baki
  - 5) Bengkok
  - 6) Bak instrument
  - 7) Stetoskop
  - 8) Handscoon 1 pasang
  - 9) Midline
  - 10) Kom berisi kapas DTT
  - 11) Thermometer
  - 12) Jam tangan
  - 13) Baskom berisi klorin 0,5%
  - 14) Lampu sorot.
- e. Keluarga Berencana
  - Leaflet

## **E. Jenis Data dan Teknik Pengumpulan Data**

### **1. Jenis pengumpulan data**

#### **a. Data Primer**

Data primer penulis peroleh dengan mengamati secara langsung pada pasien di Puskesmas Pembantu Fatululi, dan di rumah pasien.

#### **b. Data sekunder**

Data sekunder penulis peroleh dari keterangan keluarga dan dari dokumentasi pasien (Buku KIA)

### **2. Teknik pengumpulan data**

Data primer penulis peroleh dengan mengamati secara langsung pada pasien di Puskesmas Pembantu Fatululi, dan di rumah pasien, dengan menggunakan teknik sebagai berikut :

#### **a. Pemeriksaan fisik**

Pemeriksaan dari kepala sampai kaki dengan cara:

##### **1) Inspeksi**

Inspeksi pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki.

##### **2) Palpasi**

Pemeriksaan Leopold meliputi, Leopold I, Leopold II, III, dan IV.

##### **3) Perkusi**

Pada laporan kasus dilakukan pemeriksaan reflex patella kanan-kiri.

##### **4) Auskultasi**

Pada kasus ibu hamil dengan pemeriksaan auskultasi meliputi pemeriksaan tekanan darah dan detak jantung janin.

b) Wawancara

Kasus ini wawancara dilakukan dengan responden, keluarga pasien dan bidan.

a. Observasi (pengamatan)

Hal ini observasi (pengamatan) dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada laporan kasus ini akan dilakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, dalam buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) masa antenatal yaitu ibu trimester III, pengawasan persalinan ibu pada kala I, II, III, dan kala IV dengan menggunakan partograf, pengawasan ibu postpartum dengan menggunakan buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak).

Data sekunder penulis peroleh dari:

1) Studi dokumentasi

Pada studi kasus ini, peneliti mendapatkan data dari Buku KIA

2) Studi kepustakaan

Pada studi kasus ini peneliti menggunakan buku referensi dari tahun 2010-2018.

## **F. Keabsahan Penelitian**

Keabsahan data dengan menggunakan triangulasi data, dimana triangulasi data merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam triangulasi data ini penulis mengumpulkan data dari sumber data yang berbeda-beda yaitu dengan cara:

1. Observasi

Uji validitas dengan pengamatan/observasi dan pemeriksaan fisik inspeksi (melihat), palpasi (meraba), auskultasi (mendengar), dan pemeriksaan penunjang.

2. Wawancara

Uji validitas data dengan wawancara pasien, keluarga (suami), dan bidan.

3. Studi dokumentasi

Uji validitas data dengan menggunakan dokumen bidan yang ada yaitu Buku KIA, kartu ibu dan register kohort

## **G. Etika Penelitian**

Dalam melakukan penelitian, peneliti harus memperhatikan permasalahan etik meliputi:

1. *Informed consent*

Lembar persetujuan menjadi responden diberikan sebelum penelitian dilaksanakan kepada responden yang diteliti dengan tujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan dari peneliti. Jika subyek bersedia diteliti maka responden harus menandatangani lembaran persetujuan tersebut.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Responden tidak mencantumkan nama pada lembaran pengumpulan data tetapi peneliti menuliskan cukup inisial pada biodata responden untuk menjaga kerahasiaan informasi.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil riset hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang terkait dengan masalah peneliti.

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Lokasi Penelitian**

Kota Kupang merupakan bagian dari wilayah di Propinsi Nusa Tenggara Timur yang secara geografis terletak pada posisi 9°19' -10°57' Lintang Selatan dan 121°30'-124°11' Bujur Timur dengan luas wilayah 5.898,22km<sup>2</sup>, dengan batas wilayah sebagai berikut : Sebelah Utara berbatasan dengan laut sabu, Sebelah Selatan berbatasan dengan pulau Rote dan samudra indonesia, Sebelah barat berbatasan dengan pulau Sumba dan laut Sabu. Kabupaten kupang terdiri dari 24 kecamatan, 160 Desa dan 17 Kelurahan, tersebar di 2 (dua) pulau besar (Profil Kesehatan Kota Kupang, 2010).

Puskesmas Oepoi merupakan salah satu puskesmas yang berada di wilayah kota kupang, wilayah kerja puskesmas Oepoi meliputi 4 kelurahan yaitu kelurahan Oebufu, kelurahan kayu putih, TDM dan liliba. Puskesmas Oepoi juga melayani masyarakat dari luar wilayah kerja Puskesmas Oepoi.

Secara administrasi Puskesmas Oepoi berbatasan dengan:

1. Sebelah Utara : Kelurahan Oepura
2. Sebelah selatan : Kelurahan Kelapa Lima
3. Sebelah Barat : Kelurahan Fatululi
4. Sebelah Timur : Kelurahan Naimata.

Puskesmas Oepoi merupakan hasil pemekaran dari puskesmas Oebobo dan secara resmi memulai pelayanannya sejak februari 2008 dengan menjalankan beberapa program diantaranya yaitu, pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA), KB, Gizi, Imunisasi, Anak, ANC, dan konseling persalinan. Puskesmas Oepoi juga merupakan salah satu Puskesmas Rawat Jalan yang ada di kota kupang, sedangkan untuk puskesmas pembantu yang ada dalam wilayah kerja Puskesmas Oepoi ada 3 yaitu, puskesmas Liliba, puskesmas Oebufu, puskesmas TDM dan 1 puskesmas kayu putih. dalam upaya pemberian pelayanan kepada masyarakat, selanjutnya dikembangkan Pos

Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang terdiri dari 2 jenis Posyandu yaitu Posyandu Balita dan Posyandu lanjut usia yang dilaksanakan di Puskesmas Oepoi maupun di pustu yang ada.

## B. Tinjauan Kasus

Tinjauan kasus ini akan membahas tentang “asuhan kebidanan pada Ny.Y.S G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>1</sub> Usia Kehamilan 39 minggu 5 Hari Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intra Uterina Keadaan Ibu dan Janin Baik.di puskesmas Oepoi pada tanggal 18 Februari s/d 18 Mei 2019 dengan metode 7 langkah Varney dan mendokumentasikannya dalam bentuk SAOP.

Tanggal pengkajian : 5 Mei 2019

Pukul : 09.45 WITA

Tempat : Puskesmas Oepoi

### 1. Pengkajian Data subyektif dan obyektif

#### a. Data Subyektif

##### 1). Identitas/Biodata

Nama ibu	: Ny. Y.S	Nama Suami	: Tn. H.P
Umur	: 30 tahun	Umur	: 36 tahun
Suku/bangsa	: Alor/INA	Suku/bangsa	: Alor/INA
Agama	: Protestan	Agama	: Protestan
Pendidkan	: SD	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	:Wiraswasta
Penghasilan	:-	Penghasilan	: Rp ± 500.000
Alamat	: RT11/ RW3	Alamat	: RT11 / RW3

##### 2). Keluhan utama :

Ibu mengatakan sakit jika ibu melakukan aktivitas berat, perut terasa kencang-kencang, dan sering kencing

3). Riwayat haid :

Ibu mengatakan menstruasi pertama umur 14 tahun, siklus haid 28 hari, lamanya 4 hari, haidnya teratur tiap bulan, sifat darah encer, tidak ada rasa nyeri saat haid

4). Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu mengatakan, selama hamil anak pertama tidak ada keluhan atau gangguan serius yang dapat mengganggu aktivitas ibu maupun sampai mendapat perawatan khusus. Ibu melahirkan anak pertama pada tanggal 26 juni 2015 di rumah dengan usia kehamilan 9 bulan. Melahirkan secara normal dan di tolong oleh dukun, berat badan anak waktu lahir tidak di timbang dengan jenis kelamin perempuan, tidak ada komplikasi saat persalinan baik pada ibu maupun bayi, ibu memberika ASI saja sampai usia 6 bulan dan di lanjutkan sampai 2 tahun. Ibu.

5). Riwayat kehamilan ini

HPHT: Ibu mengatakan Hari Pertama Haid Terakhir pada tanggal 01-08-2018.

ANC : Selama hamil ibu memeriksakan kehamilannya sebanyak 7 kali di Puskesmas Oepoi.

Imunisasi TT :Ibu mengatakan kehamilan ini mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali yaitu TT1 pada tanggal 19-11-2018 dan TT2 pada tanggal 16 -03-2019 .

Trimester I : Ibu mengatakan melakukan pemeriksaan kehamilannya sebanyak 2 kali di Puskesmas Alor dengan keluhan mual-mual, ibu dianjurkan untuk makan makanan dengan gizi seimbang dengan porsi kecil namun sering, menghindari makan makanan yang merangsang mual seperti makanan berlemak, santan, serta makanan yang pedas, istirahat yang cukup. Ibu juga mendapatkan obat yaitu Antasida dan B6 sebanyak 10 tablet diminum 3x1 tablet/hari.



Trimester II : Ibu mengatakan melakukan pemeriksaan kehamilannya sebanyak 2 kali di puskesmas Alor dan puskesmas Oepoi. Pada kunjungan ini tidak ada keluhan yang dirasakan ibu. Selama kehamilan trimester II ibu dianjurkan untuk makan makanan bergizi, istirahat yang cukup, periksa hamil secara teratur dan rutin minum obat sesuai aturan. Obat yang didapatkan adalah SF 30 tablet dengan dosis 1x1 tablet/hari, vitamin C 30 tablet dengan dosis 1x1 tablet/hari, kalak sebanyak 30 tablet dengan dosis 1x1 tablet/ hari.

Trimester III : Ibu mengatakan melakukan pemeriksaan kehamilannya sebanyak 3 kali di Puskesmas Oepoi. Keluhan yang dirasakan ibu adalah sakit pada pinggang jika ibu melakukan aktivitas berat, perut terasa kencang kencang, dan sering kencing saat memasuki usia kehamilan 8 bulan. Pada kunjungannya ibu dianjurkan untuk istirahat yang cukup, tetap mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang, kurangi aktivitas yang berat, persiapan persalinan, tanda bahaya kehamilan trimester III dan rutin minum obat sesuai aturan. Obat yang dikonsumsi selama kehamilan trimester III adalah SF 60 tablet dengan dosis 1x1 tablet/hari, Vitamin C 60 tablet dengan dosis 1x1 tablet/hari, Kalak 60 tablet diminum 1x1 tablet/hari.

Pergerakan janin : Ibu mengatakan mulai merasakan pergerakan anaknya pada usia kehamilan 4 bulan dan anaknya bergerak aktif.

#### 6). Riwayat kontrsepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan KB

7). Riwayat kesehatan ibu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit, jantung, ginjal, asma/TBC, hepatitis, DM, hipertensi, epilepsi, kecelakaan, malaria, PMS.

8). Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit jantung, ginjal, asma/TBC, hepatitis, DM, hipertensi, epilepsi, dan tidak mempunyai keturunan kembar.

9). Riwayat perkawinan

Ibu mengatakan status perkawinannya sudah sah yang dilakukan secara agama dan pemerintah, umur saat kawin 20 tahun, lama menikah 2 tahun, ini merupakan perkawinannya yang kedua

Tabel 4

Pola kebiasaan sehari-hari

Pola sehari-hari	Sebelum hamil	Saat Hamil	Keterangan
Nutrisi	<p><i>Makan</i> Porsi : 1 piring/hari Komposisi : nasi, sayur lauk</p> <p><i>Minum</i> Porsi : 6-7 gelas/hari Jenis : air putih</p>	<p><i>Makan</i> Porsi : 2 piring/hari Komposisi : nasi, sayur lauk</p> <p><i>Minum</i> Porsi: 7-8 gelas/hari Jenis : air putih</p>	Ada kenaikan dalam porsi makan
Istirahat – Siang – Malam	1 jam/hari 7-8 jam/hari	½ jam/hari 7-8 jam/hari	Susah mencari posisi yang enak untuk tidur karena perut yang semakin membesar
Personal Hygiene Mandi	2 x/hari	2 x/hari	Cara perawatan payudara belum

Gosok gigi Keramas	2 x/hari 3 x/minggu	2-3 x/hari 3 x/minggu	benar
Perawatan payudara	saat mandi	saat mandi	
Perawatan vulva	sesudah BAB & BAK serta saat mandi	sesudah BAB & BAK serta saat mandi	

#### 10. Riwayat psikososial

Ibu mengatakan kehamilan ini telah direncanakan dan diterima oleh suami dan keluarga. Suami dan keluarga juga mendukung ibu dengan mengantarkan ibu memeriksakan kehamilannya serta membantu ibu dalam melakukan pekerjaan rumah tangga. Ibu juga tidak mempunyai kebiasaan pantang makanan selama hamil dan tidak memiliki kebiasaan tatobi maupun panggang setelah melahirkan.

##### b. Data Obyektif

###### 1) Pemeriksaan umum.

a) Keadaan umum : Baik, keadaan emosional : tenang,  
kesadaran : composmentis.

b) Tafsiran persalinan : 08-05-2019

c) Tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 110/80 mmHg,  
Nadi : 80 x/menit, Pernapasan :  
18 x/menit, Suhu : 36,7 °C

d) Berat badan sebelum hamil : 45 kg

e) Berat badan sekarang : 55 kg

f) Tinggi badan : 150 cm

g) LILA : 25 cm

###### 2). Pemeriksaan fisik

a. Kepala : simetris, rambut hitam bersih, tidak ada benjolan,  
tidak ada ketombe

b. Wajah : tidak ada oedema, tidak ada kloasma

c. Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

- d. Hidung : bentuk simetris, tidak ada sekret, tidak ada polip
- e. Telinga: bentuk simetris, keadaan bersih, fungsi pendengaran baik, tidak ada serumen
- f. Mulut dan bibir : Mukosa bibir lembab, warna bibir merah muda, tidak ada sariawan, gigi bersih, tidak ada caries, lidah bersih.
- g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran vena jugularis.
- h. Dada : Payudara simetris, puting susu menonjol, areola berwarna kehitaman, tidak ada benjolan, tidak ada rasa nyeri, sudah ada pengeluaran kolostrum.
- i. Abdomen: Perut membesar sesuai umur kehamilan, tidak ada bekas luka operasi, tidak ada oedema, tidak ada striae gravidarum dan terdapat linea alba, kandung kemih kosong.

#### Palpasi

Leopold I : Pada fundus teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting ( bokong) janin, TFU 3 jari di bawah prosesus xifoideus

Leopold II : Sebelah kanan perut ibu teraba memanjang, keras seperti papan (punggung) dan sebelah kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting yaitu kepala belum masuk pintu atas panggul.

Leopold IV : tidak dilakukan

TFU (Mc. Donald) : 27 cm

TBBJ :  $(27 - 12) \times 155 = 2325$  gram

frekuensi = 136 x/menit, teratur

j. Ekstremitas

Atas : Keadaan bersih, pergerakan normal, jari kuku tidak tampak pucat, telapak tangan merah muda.

Bawah : keadaan bersih, pergerakan normal, kuku pendek dan bersih, tidak pucat, tidak oedema, tidak ada varises.

3). Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium di Puskesmas Oepoi melakukan pemeriksaan HB Sahli 9,4 gr %.

2. Analisa Data

Diagnosis :

Ny.Y.S G2P1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu 5 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala intra uterin, keadaan jalan lahir baik, keadaan ibu dan janin baik dengan anemia sedang..

Diagnosa	Data Dasar
Ny.Y.S G2P1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu 5 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala intra uterin, keadaan jalan lahir baik, keadaan ibu dan janin baik dengan anemia sedang..	<p>DS: Ibu mengatakan bernama Ny.Y.S G2P1A0AH1 Ibu mengeluh mengalami sakit pinggang saat melakukan aktifitas berat, perut terasa kencang dan sering kencing sejak memasuki usia kehamilan 8 bulan dan susah tidur.</p> <p>DO : Keadaan umum ibu baik, Kes:composmentis, TTV: TD 110/80 mmHg, Nadi 80x/m, RR: 18x/m, S 36,7°C, BB sebelum:45 Kg, sekarang 50 kg, LILA 25 cm. TP : 10-05-2019</p> <p>Pemeriksaan fisik: wajah agak pucat dan tidak oedema, konjungtiva sedikit pucat, tidak ada pembesaran kelenjar dileher, payudasimetris, ada hiperpigmentasi pada areola mammae, putting susu menonjol,ada pengeluaran kolstrum,kuku terlihat pucat..</p> <p>Pemeriksaan leopard : Leopold I : pada fundus teraba bagian lunak,kurang bulat, dan kurang melenting (bokong), TFU 3 jari di bawah prosesus xifoideus.</p>

<p>Masalah: Ketidaknyamanan ibu pada kehamilan trimester III dan gangguan istirahat serta tidur.</p>	<p>Leopold II:Sebelah kanan perut ibu teraba memanjang,keras seperti papan (punggung kanan) dan sebelah kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin. Leopold III : presentasi terendah teraba bulat, keras dan melenting (kepala) dan belum masuk PAP Leopold IV : tidak dilakukan TFU MC Donald : 27 cm DJJ : 136x/mteratur Hb: 9,8 gr/dl TBBJ : 2325 gram</p> <p>DS : ibu mengatakan sakit pinggang,perut terasa kencang ,sering BAK tidak pernah tidur siang(susah tidur )dan malam hari (5-6 jam saja)</p> <p>D0 : -Kebutuhan : KIE tentang ketidak nyamanan pada ibu hamil trimester III dan cara mengatasinya. -konjungtiva agak pucat</p>
--	--

### 3. Antisipasi Masalah Potensial

Potensi terjadinya anemia sedang

### 4. Tindakan Segera

Tidak ada

### 5. Perencanaan

Tanggal :05-05-2019

Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Puskesmas Oepoi

- a. Lakukan pemeriksaan kepada ibu dan jelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu.

R/ Informasi tentang keadaan atau kondidsi saat ini sangat dibutuhkan ibu serta pemeriksaan membantu pencegahan, identifikasi dini dan penanganan masalah, serta meningkatkan kondisi ibu dan hasil janin (Green dan Wilkinson, 2012).

- b. Jelaskan penyebab ketidaknyamanan yang ibu rasakan  
keluhan yang ibu rasakan sering terjadi pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Hal ini terjadi karena adanya perubahan anatomis dan fisiologis yaitu kurvatur dari vertebra lumbosakral yang meningkat saat uterus terus membesar, spasme otot karena tekanan terhadap akar saraf, kadar hormon yang meningkat sehingga kartilago di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek serta keletihan.
- c. Jelaskan kepada ibu cara mengatasi sakit pinggang bagian bawah  
R/ dengan memberikan penjelasan yaitu gunakan body mekanik untuk mengangkat benda, hindari mengangkat beban yang berat, hindari sepatu atau sandal yang tinggi, memijat dengan lembut pinggang bagian bawah, gunakan kasur yang keras untuk tidur, hindari tidur terlentang terlalu lama sehingga bisa meringankan rasa sakit pada pinggang.
- d. Jelaskan tanda-tanda bahaya pada kehamilan trimester III  
R/ mengenali tanda bahaya seperti perdarahan pervaginam yang banyak, sakit kepala terus menerus, penglihatan kabur, bengkak pada kaki dan tangan, gerakan janin yang tidak dirasakan, keluar cairan banyak dari jalan lahir, memastikan ibu akan mengenali tanda-tanda bahaya yang diinformasikan yang dapat membahayakan janin dan ibu serta membutuhkan evaluasi dan penanganan secepatnya.
- e. Anjurkan ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisinya.  
R/ kebutuhan gizi yang dibutuhkan adalah tiga kali lipat sebelum hamil, pada kehamilan usia lanjut nutrisi yang dibutuhkan untuk membentuk energi berfungsi untuk perkembangan janin dan plasenta.
- f. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup  
R/ istirahat yang cukup dapat mengurangi beban kerja jantung yang mengalami peningkatan karena kehamilannya sehingga tidak menimbulkan kelelahan.

- g. Anjurkan ibu untuk tetap melanjutkan terapi obat yang di berikan, SF, Vitamian C, dan kalak masing-masing diminum 1x1 tablet/hari.

R/ Sulfa ferosus mengandung zat besi yang dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah dan sangat penting untuk pertumbuhan dan metabolisme energi. Zat besi penting untuk membuat haemoglobin dan protein sel darah merah yang membawa oksigen kejarinagan tubuh lain serta mencegah cacat janin dan perdarahan serta anemia. Vitamin C berperan dalam pembentukan kolagen dan membantu penyerapan zat besi, membangun kekuatan plasenta dan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi. Kalak merupakan salah satu kalsium yang mudah di serap oleh sistem pencernaan, dan mengandung mineral yang penting untuk pertumbuhan janin seprti tulang dan gigi serta membantu kekuatan kaki dan punggung ibu.

- h. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan

R/ bila adaptasi yang sehat telah dilakukan, ibu atau pasangan akan menyiapkan perlengkapan dan pakaian bayi. Kurangnya persiapan di akhir kehamilan dapat mengindikasikan masalah finansial, sosial atau emosi. Persiapan persalinan seperti pakaian ibu dan bayi serta biaya persalinan memastikan ibu lebih siap apabila ibu mendapati tanda-tanda persalinan.

- i. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 14-5-2019.

R/ dapat melakukan pemeriksaan dan mengevaluasi kembali kondisi ibu dan janin serta mencegah terjadinya masalah yang tidak diinginkan oleh ibu dan bayi.

- j. Dokumentasi semua hasil pemeriksaan dan tindakan pada buku KIA, kartu ibu, register dan kohort ibu.

R/ pendokumentasian merupakan bagian dari standar pelayanan antenatal terpadu yang berkualitas dan sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugat serta untuk pemberian asuhan kebidanan selanjutnya (Kemenkes RI,2013).



6. Pelaksanaan Tanggal 05-052019

- a. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu tanda vital dalam batas normal, hasil pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan yang istimewa, kondisi janin baik serta letak janin didalam kandungan normal dengan letak bagian terendah adalah kepala.
- b. Menjelaskan ketidaknyamanan yang ibu rasakan. Sakit pada punggung bagian bawah adalah hal yang fisiologis. Ini terjadi karena adanya perubahan anatomis dan fisiologis, yaitu perubahan bentuk tubuh saat uterus terus membesar, spasme otot karena tekanan terhadap urat saraf, kadar hormon yang meningkat sehingga kartilago didalam sendi-sendi besar menjadi lebih lembek serta kelebihan.
- c. Menjelaskan pada ibu cara mengatasi sakit punggung bagian bawah. Cara meringankannya antara lain gunakan body mekanik untuk mengangkat benda seperti berlutut terlebih dahulu ketika hendak mengangkat beban, hindari mengangkat benda yang berat. Tidak dianjurkan untuk berdiri terlalu lama dan hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat, gunakan kasur untuk tidur, gunakan bantal untuk meluruskan punggung waktu tidur, dan ibu dapat melakukan olah raga ringan seperti barjalan pagi maupun sore hari.
- d. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III seperti perdarahan pervaginam yang banyak, sakit kepala yang terus menerus, penglihatan kabur, bengkak di kaki dan tangan dan gerakan janin tidak dirasakan. Jika ibu menemukan tanda- tanda bahaya diatas agar segera mendatangi atau menghubungi pelayanan kesehatan agar dapat ditangani dan diatasi dengan segera.
- e. Menganjurkan ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisinya dengan cara mengurangi porsi karbohidrat (nasi, jagung, ubi) dan meningkatkan porsi protein (daging, ikan, telur, tempe, tahu dan

kacang-kacangan), sayur-sayuran, buah-buahan dan minumannya air putih 6-8 gelas/hari dan susu. Selain itu kurangi makanan terlalu manis seperti gula dan terlalu asin seperti garam, ikan asin, karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan keracunan saat kehamilan.

- f. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup yaitu siang hari 1-2 jam/hari dan malam hari 7-8 jam/hari.
- g. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi obat yang diberikan sesuai dengan dosis yaitu kalsium lactate 1x1 pada pagi hari, tablet sulfat ferosus dan vitamin C 1x1 pada malam hari sebelum tidur. Kalsium lactat 1200 mg mengandung ultrafine carbonet dan vitamin D berfungsi membantu pertumbuhan tulang dan gigi janin, tablet Fe mengandung 250 mg Sulfat Ferosus dan 50 mg asam folat yang berfungsi untuk menambah zat besi dalam tubuh dan meningkatkan kadar hemoglobin dan vitamin C 50 mg berfungsi membantu proses penyerapan Sulfat Ferosus.
- h. Menjelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan seperti pakaian ibu dan bayi sudah harus disiapkan, biaya dan transportasi serta calon pendonor apabila suatu saat terjadi kegawatdaruratan.
- i. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang agar dapat memantau perkembangan ibu dan janin, ibu di harapkan untuk datang kontrol 2 minggu lagi yaitu tanggal 05-05 - 2019 atau ada keluhan lain.
- j. Mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan pada buku KIA, kartu ibu, register ibu hami.

## 7. Evaluasi

- a. Ibu mengerti dengan penjelasan hasil pemeriksaan yang diberikan bahwa kondisi umumnya normal dan keadaan janinnya baik dan sehat.
- b. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan mengenai ketidaknyamanan punggung bagian bawah yang dirasakan dan dapat mengulangi beberapa poin penjelasan.

- c. Ibu mengerti dan akan mengikuti anjuran yang diberikan tentang cara mengatasi sakit pinggang.
- d. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan dapat mengulangi beberapa poin dari tanda bahaya kehamilan trimester III.
- e. Ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan dan akan memenuhi kebutuhan nutrisinya.
- f. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan tentang pentingnya istirahat yang cukup.
- g. Ibu mengerti dengan anjuran dan akan tetap mengonsumsi obat secara teratur.
- h. Ibu mengatakan sudah menyiapkan pakaian bayi dan dirinya. Ibu berencana untuk melahirkan di Puskesmas Tarus dan ditolong oleh bidan.
- i. Kunjungan ulang sudah dijadwalkan yaitu tanggal 05-05-2019.
- j. Hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan pada register ibu.

### **Catatan Perkembangan 1 (kehamilan 1)**

Tanggal : 06 – 05 – 2019

Pukul : 14.30 WITA

Tempat : Rumah pasien

**S** : Ibu mengatakan kadang perutnya terasa kencang-kencang, sakit pinggang dan sering buang air kecil pada malam hari.

**O** : Keadaan umum: Baik, Kesadaran : Composmentis, TD: 110/80 mmHg, Suhu: 36,5°C, Nadi: 78 x/mnt, Respirasi: 20 x/mnt, Palpasi uterus: tidak dilakukan

**A** : Ny. Y.S G2 P1 A0 AH1 UK 39 minggu 6 hari janin hidup, tunggal, intra uterin, letak kepala, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu dan janin baik.

**P**

- 1) Memberitahu kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,5<sup>0</sup>C, nadi 78x/menit, pernapasan 20x/menit, keadaan janin baik, DJJ 136x/menit, keadaan ibu dan janin baik.  
Ibu menerima informasi dan penjelasan dari bidan mengenai hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.
- 2) Menjelaskan pada ibu bahwa sakit pinggang dan sering kencing pada kehamilan trimester ke tiga adalah hal yang normal, karna kepala janin masuk kedalam rongga panggul sehingga menekan pada kandung kemih menyebabkan ibu mengalami sering kencing.  
Ibu mengerti tentang penjelasan yang di berikan.
- 3) Memberitahukan kepada ibu tetap menjaga waktu istirahat yaitu tidur siang 1-2 jam dan malam 7-8 jam / hari dan kurangi melakukan aktivitas berat.  
Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau mengikuti anjuran yang disampaikan.
- 4) Memantau dan mendukung ibu untuk terus meminum tablet Fe, vitamin C dan kalak sesuai dengan aturan yang telah diberikan. Dan cara mengkonsumsinya 1×1 perhari dan tidak boleh minum barsamaan dengan kopi atau teh.  
Ibu mengerti dan akan melakukannya sesuai dengan anjuran bidan
- 5) Memotivasi ibu tetap menjaga pola makan dengan gizi seimbang, perbanyak mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi, seperti sayuran hijau (daun bayam, daun singkong, dan daun kelor) dan makanan yang tinggi protein seperti telur, ikan, daging, tahu tempe.  
Ibu mengerti dan paham akan pentingnya mengkonsumsi makanan yang bergizi dan bersedia untuk melakukannya sesuai dengan persediaan di rumah.
- 6) Menjelaskan pada ibu mengenai tanda-tanda persalinan (seperti keluar cairan/lendir bercampur darah, mules yang teratur dan lama serta tidak hilang jika dibawa jalan, dan keluar air-air banyak (ketuban) dan segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pertolongan. Ibu dapat menyebutkan kembali tanda-tanda persalinan dan ibu akan segera

memeriksa diri apabila salah satu tanda tersebut muncul. Ibu mengerti tentang penjelasan yang di berikan.

- 7) Menjelaskan pada ibu mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan (keluar darah dari jalan lahir, penglihatan kabur, pusing/sakit kepala yang berkepanjangan, nyeri pada perut, bengkak pada muka dan kaki, tidak merasakan pergerakan janin)..

Ibu mengerti dan dapat menyebutkan beberapa tanda bahaya selama kehamilan.

- 8) Mengingatkan kembali kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang yaitu pada tanggal 12 -05- 2019 (1 minggu yang akan datang) atau apabila ada keluhan.

### **Catatan Perkembangan 2 (kehamilan )**

Tanggal berkunjung : 09-05-2019

Pukul : 08.00 WITA

Tempat : Rumah ibu

**S** : Ibu mengatakan perut masih terasa kencang saat melakukan aktivitas yang berat.

**O** : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, ekspresi tampak tenang. Tanda- tanda vital : Tekanan Darah: 90/60 mmHg, Nadi : 84 kali/menit, pernapasan: 18 kali/menit, Suhu : 37 °c, BB : 52 kg.

Inspeksi dan Palpasi

Abdomen: membesar sesuai masa kehamilan.

Palpasi

Leopold I : TFU 2 jari di bawah prosesus xiphoideus, pada fundus teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong) janin.

Leopold II : Sebelah kiri perut ibu teraba memanjang, keras seperti Papan (punggung kiri) dan sebelah kanan perut ibu teraba

bagian-bagian kecil janin.

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting  
yaitu kepala belum masuk pintu atas panggul.

Leopold IV : tidak dilakukan

TFU : 30 cm

TBBJ : 2790 gram

Auskultasi DJJ : Punctum maksimum, di bawah pusat sebelah kiri.

Frekuensi : 146 kali/dopler.

**A** :G2P1 AO AH1 UK 39 minggu 9 hari janin hidup, tunggal, intra uterin,  
letak kepala, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu dan janin  
baik.

- P** : 1. Memberitahu kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan, yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 37<sup>0</sup>C, pernapasan 18x/menit, keadaan ibu dan janin baik. Ibu menerima informasi dan penjelasan dari bidan mengenai hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.
2. Menganjurkan pada ibu agar istirahat yang cukup, kurangi aktivitas berat. Ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran yang disampaikan.
3. Mengingatkan kembali tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan yang harus di bawah yaitu: Perut mules–mules yang teratur, timbulnya semakin sering dan semakin lama. Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir. Menyiapkan pakian ibu dan perlengkapan bayi, dan segera datang puskesmas atau rumah sakit sesuai dengan tempat yang sudah di tentukan. Ibu mengerti dan mau melakukan asuhan yang di berikan.
4. Memotifasi ibu untuk bersalin di fasilitas kesehatan dan di tolong oleh tenaga kesehatan. Ibu mengerti dan mau melahirkan di fasilitas kesehatan.

5. Memotivasi ibu tetap menjaga pola makan dengan gizi seimbang, perbanyak mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi, seperti sayuran hijau (daun bayam, daun singkong, dan daun kelor) dan makanan yang tinggi protein seperti telur, ikan, daging, tahu, tempe. Ibu mengerti dan paham akan pentingnya mengkonsumsi makanan yang bergizi dan bersedia untuk melakukannya sesuai dengan persediaan di rumah.
6. Mendokumentasikan atau mencatat kegiatan pemeriksaan dan hasilnya pada buku KIA dan register ibu hamil. Semua hasil pemeriksaan telah di dokumentasikan pada buku KIA dan register ibu hamil.

### **Catatan Perkembangan ke 3 (persalinan)**

Hari/Tanggal : 10 -05- 2019

Pukul : 11.30 WITA

Tempat : Bidan Praktek Swasta

**S** : Ibu mengatakan hamil anal ke-2, melahirkan 1 kali, tidak pernah keguguran, haid terakhir sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 12.00 WITA, sudah ada tanda berupa lendir, ibu mengatakan makan dan minum terakhir pada pukul 11.00 WITA, jenis makanan nasi dan ikan serta minum satu gelas air, buang air besar terakhir pada pukul 17.00 WITA, dan ketuban pecah pukul 17. 30 WITA

**O** : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, keadaan emosional tenang, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 78x/menit, Pernapasan 18x/menit, Suhu : 36,5<sup>0</sup>c.

Status present

- a) Muka : Simetris, tidak pucat, tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema

- b) Mata : simetris, konjungtiva sedikit pucat, sklera putih, kelopak mata tidak oedema.
- c) Dada : simetris, payudara simetris, puting susu menonjol, tidak ada benjolan, terdapat hiperpigmentasi pada areola mammae, ada pengeluaran kolostrum.

d) Abdomen :

Inspeksi : pembesaran uterus sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas luka operasi.

Palpasi abdomen

Pemeriksaan Leopold

Leopold I : pada fundus teraba bulat, kurang bundar, tidak melenting (bokong), TFU 3 jari di bawah prosesus xifoideus.

Leopold II : pada bagian kiri perut teraba memanjang, keras seperti papan (punggung) dan pada bagian kanan perut teraba bagian kecil janin.

Leopold III : pada bagian bawah perut teraba bulat, keras, melenting (kepala) sudah masuk PAP.

Leopold IV : bagian terendah sudah masuk pintu atas panggul (divergent), penurunan bagian terendah 4/5.

Mc. Donald : 29 cm

TBBJ : 2790 gram,

DJJ 140x/menit, kuat, teratur, his 4 kali dalam 10 menit lamanya 45-50 detik

- e) Ekstremitas : simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises.
- f) Vulva dan vagina : tidak ada kelainan, tidak ada oedema, tidak ada kondiloma, ada pengeluaran berupa lendir.

Pemeriksaan dalam pukul 17.45 WITA

Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan, Portio tebal lunak, kantong ketuban positif, pembukaan 8 cm, presentasi belakang kepala, turun Hodge I-II.



g) Observasi kemajuan persalinan

No	His	DJJ	TTV	Pembukaan
1	4 kali dalam 10 menit(45-50 detik )	140x/menit	TD:120/80mmHg N : 78x/menit R : 18x/menit S : 36,5 <sup>0</sup> C	8 cm
2	4 kali dalam 10 menit (50-55 detik)	140x/menit	TD:110/80mmHg N : 80x/menit R : 24x/menit S : 36,5 <sup>0</sup> C	10cm

## KALA II

Tanggal :10- 05- 2019 Jam : 18.40 WITA

**S** : Ibu mengatakan sakit semakin kuat dan sering, dan ada dorongan kuat mendedan serta rasa ingin buang air besar.

**O** : keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, tanda-tanda vital tekanandarah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>c, his 4 kali dalam 10 menit lamanya 50-55 detik, DJJ 140x/menit.

Pemeriksaan dalam Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan, Portio tidak teraba, , pembukaan lengkap (10 cm), presentasi belakang kepala, kepala turun Hodge IV. Terdapat tanda dan gejala kala II, yaitu dorongan unutm meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka.

**A** : Ibu G2 P1 A0 AH1 umur kehamilan 39 minggu 8 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan jalan lahir baik, keadaan ibu dan janin baik, in partu kala II.

**P** :

1. Melihat dan menilai tanda gejala kala II yaitu ibu mengatakan inginmeneran, ada tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka. Anus dan vulva tampak membuka.

2. Memastikan kelengkapan alat persalinan yaitu partus set, heating set dan mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan alat suntik sekali pakai 3 ml kedalam wadah partus set. Kelengkapan persalinan sudah siap, disposable sudah dimasukkan kedalam partus set.
3. Memakai celemek, masker dan sepatu booth. APD sudah dipakai.  
Melepaskan jam tangan dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan dengan tisu. Kedua tangan sudah bersih dan kering.
4. Memakai sarung tangan steril pada sarung pada tangan kanan untuk pemeriksaan dalam. Tangan kanan sudah memakai sarung tangan.
5. Mengambil disposable 3 cc dalam partus set, tangan yang sudah memakai sarung tangan mengisap oksitosin 10 unit dan meletakkan kembali dalam partus set. Oksitosin sudah diisap ke dalam dispo 3 cc.
6. Melakukan vulva hygiene, membuang kapas yang terkontaminasi kedalam tempat sampah medis. Vulva hygiene sudah dilakukan, kapas yang terkontaminasi sudah dibuang pada tempat sampah medis.
7. Melakukan pemeriksaan dalam. Pembukaan lengkap 10 cm pukul 18.40 WITA.
8. Mencilup sarung tangan steril kedalam larutan klorin 0,5%. Melepas sarung tangan secara terbalik, cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Sarung tangan telah didekontaminasi dan tangan telah dicuci.
9. Memeriksa DJJ saat relaksasi. Hasilnya DJJ 140x/dopler.
10. Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik DJJ 140x/m, membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya. Ibu merasa nyaman dengan posisi ½ duduk.
11. Meminta bantuan keluarga untuk berdiri di belakang ibu dan mengangkat kepala ibu disaat ibu ingin meneran. Keluarga mendampingi ibu.

12. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan untuk meneran atau timbul kontraksi yang kuat, menganjurkan ibu miring ke kiri jika belum ada his, menilai DJJ yaitu 148 x/ menit.
13. Menganjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri, jika belum ada dorongan untuk meneran. Ibu tidur posisi miring ke kiri.
14. Jika kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm meletakkan kain bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi. Kain kering telah diletakan pada perut ibu.
15. Meletakkan kain yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Kain yang dilipat 1/3 bagian sudah diletakan di bawah bokong ibu.
16. Membuka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan. Partus set sudah dibuka dan peralatan lengkap.
17. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan. Kedua tangan sudah memakai sarung tangan steril.
18. Saat kepala bayi nampak dengan diameter 5-6 cm di depan vulva, tangan kanan melindungi perineum dengan kain yang dilipat 1/3 bagian, tangan kiri menahan defleksi sambil menganjurkan ibu untuk meneran di saat his untuk mengeluarkan kepala bayi. Kepala bayi sudah lahir.
19. Memeriksa apakah ada lilitan tali pusat pada leher bayi. Tidak ada lilitan tali pusat
20. Setelah kepala lahir, menunggu bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
21. Terlihat kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah putaran paksi luar terjadi, pegang kepala secara biparental. Menganjurkan ibu sedikit meneran saat ada kontraksi. Gerakkan kepala kebawah untuk melahirkan bahu depan dan kemudian gerakkan kearah atas untuk melahirkan bahu belakang. Kedua bahu bayi sudah lahir.
23. Setelah kedua bahu lahir tangan kanan menyangga kepala dan bahu belakang tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas. Tangan kanan sudah menyangga kepala, dan bahu bayi.

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki bayi (masukan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
25. Jam 19.00 WITA bayi lahir spontan, menilai bayi.  
Bayi menangis kuat, bergerak aktif, warna kulit kemerahan. jenis kelamin laki-laki, apgar score 9/10.
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali telapak tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti kain yang basah dengan kain yang kering dan bersih serta membiarkan bayi diatas perut ibu.
27. Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada janin kedua. Tidak ada janin kedua.

### **KALA III**

Tanggal : 10 – 05 -2019

Jam :19.00 WITA

**S** : Ibu merasa senang dan bersyukur atas kelahiran bayinya ibu mengatakan perutnya terasa mules.

**O** :Tinggi Fundus Uteri setinggi pusat, plasenta belum lahir, tali pusat terlihat memanjang di vulva, kandung kemih teraba kosong, terlihat semburan darah tiba-tiba dan uterus membesar.

**A** : Kala III ,Bayi lahir jam 19.00 Wita.

**P** :Melakukan manajemen aktif kala III

28. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.  
Klem tali pusat berjarak kira-kira 5 cm dari depan vulva.
29. Meletakkan tangan kiri di atas kain pada perut ibu (diatas simpisis) untuk mendeteksi kontraksi, tangan kanan memegang tali pusat untuk menegangkan tali pusat. Sudah dilakukan.
30. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan kiri mendorong uterus kearah atas(dorsokranial) secara hati-hati. Sudah dilakukan.

31. Bila pada penekanan bagian bawah dinding di depan uterus kearah belakang diikuti pergeseran tali pusat kearah bawah maka melanjutkan dorsokranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
32. Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan di putar secara berpilin sampai plasenta dan selaput lahir lengkap.

Jam 19.10 WITA. plasenta lahir spontan dan lengkap.

33. Melakukan masase segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir dengan telapak tangan di fundus uteri selama 15 kali atau sampai uterus berkontraksi. Uterus teraba bulat dan keras.
34. Menilai perdarahan periksa plasenta dan selaput ketuban.  
Pada bagian maternal kotiledon lengkap plasenta lengkap, selaput dan kotiledon utuh, insersi lateralis dan panjang tali pusat 40 cm, meletakkan plasenta dalam plastik yang telah di siapkan.
35. Memeriksa adanya perlukaan jalan lahir  
Ada robekan perineum, dilakukan penjahitan derajat 2, mulai dari otot perineum, mukosa vagina, dan kulit perineum.

#### **KALA IV**

Jam :20.30.WITA

- S** : Ibu mengatakan perutnya sedikit mules sangat senang dengan kelahirananaknya
- O** : Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, tinggi Fundus Uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, badan ibu kotor oleh keringat, darah, dan air ketuban. Tekanan darah : 110/80 mmHg, Nadi : 80x/m, pernapasan : 20x/m, suhu: 36,7°C.

**A** : Kala IV

**P** : Melakukan asuhan pasca persalinan.

36. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. Kontraksi uterus baik, dan perdarahan normal.
37. Memastikan kandung kemih kosong. Kandung kemih kosong.

38. Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan kemudian keringkan dengan handuk. Kedua tangan sudah dicelupkan dalam larutan klorin 0,5%.
39. Mengajarkan kepada ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi. Ibu dan keluarga bisa melakukan masase uterus dan bisa menilai kontraksi.
40. Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan umum ibu baik. Nadi ibu 80x/menit dan keadaan umum ibu baik.
41. Mengevaluasi jumlah kehilangan darah. Perdarahan  $\pm$  50 cc
42. Memantau keadaan bayi dan memastikan bayi bernapas dengan baik. Pernapasan bayi 52x/menit.
43. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit, mencuci dan membilas setelah didekontaminasi. Peralatan sudah didekontaminasi dalam larutan klorin.
44. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi pada tempat sampah medis. Bahan-bahan yang terkontaminasi sudah dibuang pada tempat sampah medis.
45. Membersihkan ibu menggunakan air DTT. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering. Ibu sudah memakai pakaian yang bersih.
46. Memastikan ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI dan memberitahu keluarga untuk memberi ibu minum atau makan. Ibu minum teh 1 gelas dan makan nasi 1 porsi.
47. Mendekontaminasi tempat tidur dengan menggunakan larutan klorin 0,5%, dan membilasnya dengan air bersih. Tempat tidur sudah bersih dan kering.
48. Mencilup sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% dan membukanya secara terbalik. Sarung tangan sudah dibuang pada tempat sampah medis.

49. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan dengan handuk. Kedua tangan sudah bersih dan kering.
50. Memakai sarung tangan steril untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
51. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, memastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal setiap 15 menit.
52. Setelah 1 jam pemberian vitamin k1, memberikan suntikan HB0 dipaha kanan bawah. Meletakkan kembali bayi disamping ibunya.
53. Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan membuangnya dalam tempat sampah medis. Sarung tangan sudah dilepaskan dalam keadaan terbalik dan telah dibuang pada tempat sampah medis.
54. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang bersih dan kering. Kedua tangan sudah dicuci dan dikeringkan.
55. Melengkapi partograf( halaman depan dan belakang), memeriksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan( ada di lembaran pemantauan kala IV).

Tabel 4.1 Hasil pemantauan bayi

Waktu	Pernapasan	Suhu	Warna Kulit	Gerakan	Isapan ASI	Tali Pusat	Kejang	B A B	B A K
19.30	48	36,5	Kemerahan	Aktif	Kuat	Tidak berdarah	Tidak	-	
19.45	48	36,5	Kemerahan	Aktif	Kuat	Tidak berdarah	Tidak	-	-
20.00	48	36,7	Kemerahan	Aktif	Kuat	Tidak berdarah	Tidak	-	-
20.30	48	36.5	Kemerahan	Aktif	Kuat	Tidak berdarah	Tidak	1 x	1 x
20.45	48	36,5	Kemerahan	Aktif	kuat	Tidak berdarah	Tidak	-	-

21.00	46	36,5	Kemera han	Aktif	kuat	Tidak berdarah	Tidak	-	1 x
-------	----	------	---------------	-------	------	-------------------	-------	---	--------

Tabel 4.2 Hasil pemantauan ibu

Waktu	Tensi	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi	Perdarahan	Kandung Kemih
19.30	110/80	80	36.7	2 jari dibawa h pusat	Baik	10 cc	Kosong
19.45	110/80	80		2 jari dibwh pusat	Baik	10 cc	Kosong
20.00	110/80	80		2 Jari dibawa h pusat	Baik	5 cc	Kosong
20.30	120/80	80		2 jari dibawa h pusat	Baik	5 cc	Kosong
20.45	120/80	80	36,7	2 jari dibawa h pusat	Baik	5 cc	Kosong
21.00	120/80	80		2 jari dibawa h pusat	Baik	10 cc	Kosong

#### Catatan perkembangan 4 (Bayi Baru lahir 1)

Tanggal : 11-05 -2019  
Pukul : 01.00 WITA  
Tempat : Bidan Praktek Swasta

**S** : Ibu mengatakan melahirkan anak laki-laki, bayi menangis kuat, anaknya bergerak dengan aktif.

**O:1.** Keadaan umum : baik



1. Tanda-tanda vital:

- a. Suhu : 36,8<sup>0</sup>c
- b. HR : 140x/menit
- c. Pernapasan : 48<sup>0</sup>c

2. Pengukuran antropometri

- a. Berat Badan : 3000 gram
- b. Panjang badan : 49 cm
- c. Lingkar kepala : 33 cm
- d. Lingkar dada : 34cm
- e. Lingkar Perut : 31 cm
- f. APGAR score : 9/10

3. Status present.

- a. Kepala : tidak ada benjolan, tidak ada caput succedaneum
- b. Muka : bentuk muka oval, tidak pucat.
- c. Mata : tidak bernanah.
- d. Hidung : lubang hidung simetris, tidak ada secret
- e. Mulut : bersih, refleks mengisap dan rooting positif, tidak ada kelainan.
- f. Teling: simetris, tidak ada serumen.
- g. Leher : tidak ada benjolan, tidak ada kelainan.
- h. Dada : simetris, puting susu datar, tidak ada retraksi dindingdada.
- i. Abdomen : perut tidak kembung, tali pusat basah, tidak ada perdarahan tali pusat.
- j. Genitalia: labia mayora telah menutupi labia minora.
- k. Anus : ada lubang anus
- l. Ekstremitas : jari kaki dan jari tangan lengkap, dalam posisi fleksi, genggam baik, bergerak aktif.
- m. Kulit : kulit kemerahan, verniks caseosa ada, lanugo sedikit.

- n. Refleks : Sucking reflek baik, Rotting refleks baik, ,  
Grap refleks baik, Babinski reflek baik, Moro  
refleks baik, staping refleks baik, Tonic neck  
reflek baik.

A : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 2 jam

- P:1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu keadaan umum  
bayi baik, suhu 36,8<sup>0</sup>c, HR 140x/menit, pernapasan 48x/menit. Ibu  
dan keluarganya senang mendengar bayi dalam keadaan sehat
2. Menganjurkan pada ibu cara menjaga bayi tetap hangat yaitu :  
mandikan bayi setelah 6 jam, di mandikan dengan air hangat, bayi  
harus tetap berpakaian dan di selimuti setiap saat, memakai pakian  
kering dan lembut, jaga bayi tetap hangat dengan menggunakan  
topi, kaos kaki, kaos tangan dan pakaian hangat pada saat tidak  
dalam dekapan. Ibu mengerti dan mau melakukannya.
3. Menjelaskan pada ibu cara merawat tali pusat yang benar yaitu :  
selalu mencuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum dan  
sesudah memegang bayi, jangan memberikan apapun pada tali  
pusat, rawat tali pusat terbuka dan kering, bila tali pusat kotor atau  
basah, cuci dengan air bersih dan sabun mandi dan keringkan  
dengan kain bersih. Ibu mengerti dengan penjelasan yang di  
berikan.
4. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda- tanda bahaya  
pada BBL separti : bayi tiba-tiba kejang, tidak mau menetek, sesak  
napas, kulit teraba dingin dan kebiruan agar segera ke fasilitas  
kesehatan untuk mendapatkan penandapatkan penanganan. Ibu  
mengerti dan bisa mengulang kembali beberap tanda bahaya pada  
BBL.
5. Menganjurkan pada ibu agar memberikan ASI secara *on demand*,  
atau setiap 2 jam atau kapan saja bayi mau. Ibu mengerti dengan  
penjelasan yang di berikan.

6. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan. Ibu mengerti dan mengikuti anjuran yang diberikan
7. Menjelaskan pada ibu tentang pentingnya pemberian Hb 0, Vit K, Salep mata pada bayi yang baru lahir.

### **Catatan perkembangan 5 (Bayi Baru Lahir 2)**

Tanggal : 11 -05 -2019

Pukul : 17.00 WITA

Tempat : Rumah Pasien

**S** : Ibu mengatakan bayinya sudah menyusui dengan baik dan sudah buangair besar dan buang air kecil.

**O** : Keadaan umum : baik, denyur jantung 140 x/menit, suhu 36,8<sup>0</sup>C, pernapasan 48 x/menit, tidak kembung, tali pusat tidak berdarah serta layu.

**A** : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 1 hari.

**P** :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu keadaan umum bayi baik, suhu 36,8<sup>0</sup>c, HR 140x/menit, pernapasan 48x/menit. Ibu dan keluarganya senang mendengar bayi dalam keadaan sehat
2. Menganjurkan pada ibu cara menjaga bayi tetap hangat yaitu : mandikan bayi setelah 6 jam, di mandikan dengan air hangat, bayi harus tetap berpakaian dan di selimuti setiap saat, memakai pakian kering dan lembut, jaga bayi tetap hangat dengan menggunakan topi, kaos kaki, kaos tangan dan pakaian hangat pada saat tidak dalam dekapan. Ibu mengerti dan mau melakukannya.
3. Menjelaskan pada ibu cara merawat tali pusat yang benar yaitu : selalu mencuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum dan sesudah memegang bayi, jangan memberikan apapun oada tali pusat, rawat tali

pusat terbuka dan kering, bila tali pusat kotor atau basah, cuci dengan air bersih dan sabun mandi dan keringkan dengan kain bersih. Ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan.

4. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda- tanda bahaya pada BBL seperti : bayi tiba-tiba kejang, tidak mau menetek, sesak napas, kulit teraba dingin dan kebiruan agar segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penandapatkan penanganan. Ibu mengerti dan bisa mengulang kembali beberap tanda bahaya pada BBL.

#### **Catatan Perkembangan ke 6 (nifas 1)**

Hari/Tanggal : 11 -05 -2019  
Pukul : 17.00 WITA  
Tempat : Bidan Praktek Swasta

**S** : Ibu mengatakan perutnya masih mules

**O** : Keadaan umum : baik, Kesadaran: composmentis, tanda-tanda vital : tekanan darah : 110/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,8°C, Pernafasan: 20x/menit. Kontraksi uterus baik, fundus teraba keras, pengeluaran pervaginam berupa lokhea rubra, tidak ada pembendungan ASI.

**A** : Ibu P2 A0 AH2 Postpartum Normal 6 jam.

**P** :1. Memberitahukan pada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu dan hasil pemeriksaan dengan hasil, keadaan umum ibu baik, TD 110/80, nadi 80x/menit, suhu 36,8°C, pernapasan 20x/menit. Ibu dan keluarga merasa senang kalau kondisinya dalam keadaan baik.

2. Menjelaskan pada ibu bagaimana cara mengenal dan mencegah terjadinya perdarahan setelah melahirkan yaitu jika kontraksi uterus yang kurang baik atau teraba lembek pada fundus dan ada pengeluaran darah yang banyak, ajarkan pada ibu untuk segera melakukan masase pada perut di bagian fundus searah jarum jam sampai uterus teraba keras. Jika uterus apatkan teraba masih lembek segera melaporkan

pada petugas kesehatan untuk dapatkan penanganan. Ibu mengerti dan mau melakukan jika hal itu terjadi.

3. Memberikan nasehat pada ibu makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat seperti nasi, jagung, ubi-ubian, protein hewani seperti daging, ikan, telur, protein nabati seperti tahu, tempe dan sayuran hijau. Ibu mengerti dengan nasehat yang di berikan.
4. Menjelaskan pada ibu cara menyusui yang benar yaitu susui bayi sesering mungkin dan semau bayi paling sedikit 8x/hari, bila bayi tidur lebih dari 3 jam bangunkan lalu susui, susui sampai payudara terasa kosong secara bergantian. Ibu mengerti dan mau melakukannya.
5. Menjelaskan pada ibu bagaiman posisi dan perlekatan menyusui yang benar yaitu : pastikan posisi ibu ada dalam posisi yang nyaman, kepala dan badan bayi berada dalam garis lurus, wajah bayi menghadap payudara, ibu memeluk badan bayi dekat dengan badannya, sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi, bibir bawah melengkung keluar dan dagu menyentuh payudara ibu. Ibu mengerti dan sudah bisa melakukannya.
6. Menganjurkan pada ibu agar selalu menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan dan mengganti pembalut sesering mungkin. Ibu menerima anjuran yang di berikan dan mau melakukannya.
7. Menganjurkan pada ibu untuk istirahat yang cukup yaitu malam hari 6-8 jam dan siang hari 1-2 jam, tidurlah ketika bayi sedang tidur. Ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran yang di berikan.
8. Menganjurkan pada ibu agar memberikan ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan dan tidak memberikan makanan tambahan apapun selain ASI. Ibu mengerti dengan anjuran yang di berikan.
9. Menganjurkan pada ibu agar memberikan ASI secara on the man, atau setiap 2 jam atau kapan saja bayi mau. Ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan.

10. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan. Ibu mengerti dan mengikuti anjuran yang diberikan.
11. Menganjurkan pada ibu untuk membawa bayi ke posyandu agar mendapatkan imunisasi. Ibu bersedia datang pada saat posyandu.

### **Catatan Perkembangan ke 6 (nifas 2)**

Tanggal :11-05-2019

pukul : 08.30 WITA

Tempat : Rumah Pasien

**S** : Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules dan sedikit pusing bila berdiri terlalu lama.

**O** : Keadaan Umum : baik, kesadaran : composmentis, Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,7°C, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, kontraksi uterus baik, TFU 3 jari dibawah pusat, terdapat pengeluaran pervaginam berupa lochea rubra, tidak ada pembendungan ASI.

**A** : Ibu P2 A0 AH2 post partum normal hari ke-1.

**P** : 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu dan bayi dalam keadaan normal. Ibu mengerti dan senang kalau kondisinya baik- baik saja.

2. Menganjurkan ibu untuk segera menyusui bayinya. Ibu sudah menyusui bayinya.
3. Menganjurkan pada ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayinya agar tidak hipotermi.
4. Memberitahukan pada ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti : perdarahan pervaginam, sakit kepala berat, pandangan kabur, demam tinggi  $>38^{\circ}\text{C}$ , cairan pervaginam berbau busuk. Ibu mengerti dan bisa mengulangi beberapa dari tanda bahaya masa nifas.

5. Mengingatkan kembali pada ibu agar makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat seperti nasi, jagung, ubi-ubian, protein hewani seperti daging, ikan, telur, protein nabati seperti tahu, tempe dan sayuran hijau. Ibu mengerti dengan nasehat yang di berikan.
6. Mengingatkan kembali pada ibu untuk istirahat yang cukup yaitu malam hari 6-8 jam dan siang hari 1-2 jam, tidurlah ketika bayi sedang tidur. Ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran yang di berikan.
7. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan dirinya dan melakukan perawatan payudara. Ibu mengerti dan akan mengikuti anjuran yang diberikan.
8. Memberitahukan ibu untuk menggunakan KB pasca salin. Ibu mengerti dan mau mengikuti KB setelah 40 hari pasca salin.
9. Memberitahukan ibu untuk melakukan kunjungan nifas pada tanggal 10 -07- 2018 di Puskesmas pembantu fatululi . Ibu mengerti dan akan melakukan kunjungan pada jadwal yang telah ditetapkan.

### **C.PEMBAHASAN**

#### **1.Data Subyektif**

##### **a.Kehamilan**

Data subyektif yang di temukan pada Ny. Y.S yaitu ibu umur 30 tahun, hamil anak ke Dua, tidak pernah keguguran, jumlah anak hidup satu orang. Usia kehamilan Ny. Y.S 39 minggu 5 hari yang di hitung dari HPHT bulan Agustus tanggal 1 tahun 2018 (Marmi, 2015). Ibu melakukan pemeriksaan sebanyak 7 kali selama kehamilan ini, yang terdiri dari dua kali pada trimester I, dua kali pada trimester II dan tiga kali pada trimester III. Hal tersebut sesuai dengan teori Depkes (2009) yaitu kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal minimal 4 kali selama masa kehamilan satu kali pada trimester I (sebelum kehamilan usia 14 minggu), minimal satu kali

pada trimester II (usia kehamilan 14-28 minggu), dan minimal dua kali pada trimester III (usia kehamilan antara 28- 36 minggu).

#### b.Persalinan

Data subyektif yang di temukan pada Ny.Y.S yaitu ibu mengeluh nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah serta ada pengeluaran lendir bercampur sedikit darah dari jalan lahir. Hal ini sesuai dengan teori Ilmiah (2015) yang menyatakan bahwa tanda-tanda inpartu yaitu rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat serta mengeluarkan lendir bersama darah. Lendir bersama darah berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis. Ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Pada pukul 17.30 WITA ibu mengalami sakit semakin sering dan kuat dengan durasi 3-4 kali dalam 10 menit lamanya 40-45 detik ini berarti kala 1 berlangsung selama 8 jam. Menurut teori Ilmiah (2015) kala 1 selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap yang terjadi pada ibu multigravida berlangsung kira-kira 7 jam. Hal ini terjadi kesenjangan antara teori dan kenyataan.

Pada kala II persalinan pukul 18.40 WITA ibu mengatakan adanya dorongan meneran dan ada rasa ingin buang air besar. Hal ini sesuai dengan teori Rukiah, dkk, (2009). Yang menyatakan bahwa tanda dan gejala kala II adalah adanya rasa ingin meneran, adanya dorongan pada rektum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan spinter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah, pada pemeriksaan dalam pembukaan 10 cm. Ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Pada kala III dan IV persalinan ibu mengatakan perutnya terasa mules. Hal ini bersifat fisiologis karena uterus berangsur-angsur menjadi kecil sehingga akhirnya kembali menjadi sebelum hamil (Marmi 2015). Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

#### c.Nifas



Data subyektif yang di temukan pada Ny.Y.S postpartum hari pertama adalah ibu mengeluh perutnya masih mules. Hal ini bersifat fisiologis karena uterus berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil (Yanti dan Sundawati, 2011).

#### d.BBL

Data subektif yang di temukan pada By.Ny.Y.S adalah ibu melahirkan bayi Laki-laki pada pukul 19.00 WITA, bayinya lahir cukup bulan, spontan dan lahir langsung menangis.

#### e.KB

Pada kunjungan hari ke 4 penulis lakukan untuk memastikan ibu telah mantap dengan pilihannya untuk menggunakan KB Metode Amenorrhoe Laktasi selama 6 bulan.

## 2.Data Obyektif

#### a.kehamilan

Data obyektif yang di temukan pada Ny. Y.S adalah pemeriksaan kehamilan dengan mengikuti standar 10 T. Hal ini sesuai dengan teori Kemenkes RI, 2015.

Pada kasus Ny.Y.S saat menimbang berat badan hasilnya adalah selama hamil meningkat 10 kg dari sebelum hamil (45 kg menjadi 55 kg) dari kunjungan pertama sampai kunjungan terakhir. Hal ini sesuai dengan teori Romauli (2011) yang menyatakan kenaikan berat badan ibu hamil sekitar 5,5 kg sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Ternyata Ny.Y.S mengalami kenaikan berat badan dalam batas normal dan tidak ada kesenjangan dengan teori.

Tinggi badan Ny.Y.S 150 cm. Hal ini sesuai dengan teori Walyani (2015) yang menyatakan tinggi badan ibu hamil harus  $\geq 145$  cm. Tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan terjadi CPD (*Chephalo Pelvic Disproportion*).

Tekanan darah ibu hamil harus dalam batas normal berkisar *sistole/diastole*(110/80 mmHg-120/80 mmHg). Setiap kali kunjungan pemeriksaan kehamilan tekanan darah Ny.Y.S 110/80 mmHg. Hal ini sesuai dengan teori Walyani (2015) tidak ada kesenjangan dengan teori. Ukuran LILA normal pada ibu hamil adalah  $\geq 23,5$  cm dan bila LILA  $\leq 23,5$  cm menunjukan ibu hamil menderita Kurang Energi Kronik (KEK). Pada LILA Ny.Y.S adalah 25 cm, angka tersebut masih dalam batas normal. Hal ini sesuai dengan teori Kemenkes RI (2015) dan tidak ada kesenjangan dengan teori.

Pada saat penulis melakukan pemeriksaan pertama kali di dapatkan tinggi fundus uteri pada Ny.Y.S adalah 27 cm pada usia kehamilan 39 minggu 5 hari dan kunjungan terakhir TFU 28 cm pada usia kehamilan 40. Hal ini tidak sesuai dengan teori Walyani (2015) yang menyatakan bahwa usia kehamilan 35 minggu 1 hari tinggi fundus uterinya 35 cm dan usia kehamilan 39 minggu 5 hari tinggi fundus uterinya 37 cm. Ini berarti ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

Pada pemeriksaan presentasi janin dan DJJ di dapatkan hasil bahwa, presentasi janin kepala, punggung janin teraba pada bagian kiri perut ibu (punggung kiri). Pada usia kehamilan trimester III kepala janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP), berdasarkan teori Kemenkes RI (2015) pemeriksaan di lakukan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk pintu atas panggul berarti ada kelainan letak, atau panggul sempit. Normal DJJ pada teori Kemenkes RI (2015) berkisar antara 120-160 kali/menit. Pada Ny.Y.S di dapati DJJ setiap kali di periksa berkisar antara 136-146 kali/menit. Hal tersebut tidak ada kesenjangan dengan teori.

Pada pemeriksaan Ny.Y.S pada kehamilan keduanya di tahun 2018 mendapatkan imunisasi TT dua kali, pada kehamilan ini mendapatkan imunisasi TT 1 kali. Berdasarkan teori Kemenkes RI (2015) ibu hamil perlu mendapatkan imunisasi TT sesuai dengan anjuran

petugas kesehatan untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi. Oleh karena ibu sudah mendapatkan imunisasi TT2 dengan lama perlindungan 3 tahun, maka saat kehamilan ini ibu hanya mendapatkan imunisasi lanjutan yaitu TT3 dengan lama perlindungan 5 tahun. Selang waktu imunisasi TT adalah TT1 pada kunjungan antenatal pertama, TT2 4 minggu setelah TT1, TT3 pada 6 bulan setelah TT2, TT4 di berikan 1 tahun setelah TT3 dan TT5 1 tahun setelah TT4.

Tablet tambah darah di berikan sesegera mungkin sejak awal kehamilan yaitu 90 tablet selama masa kehamilan di minum 1 tablet/hari dan di minum pada malam hari bersamaan dengan asam folat, teori Kemenkes RI (2015). Pada Ny.Y.S di berikan 90 tablet Fe dan di minum satu tablet/hari pada malam hari. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan dengan teori.

Berdasarkan teori Kemnkes RI (2015) pada pemeriksaan laboratorium di lakukan pemeriksaan tes golongan darah untuk mempersiapkan donor darah bagi ibu hamil bila di perlukan, tes haemoglobin di lakukan untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia, pemeriksaan protein urine untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil, pemeriksaan urine reduksi di lakukan untuk mengetahui apakah ibu menderita penyakit diabetes militus atau tidak dan tes terhadap penyakit menular seksual. Kesimpulannya adalah adanya kesenjangan antara teori dan kenyataan, karena tidak melakukan pemeriksaan secara lengkap di mana hanya di lakukan pemeriksaan golongan darah dan HB saja. Pada pemeriksaan HB Ny.Y.S dan di dapati kadar HB yaitu 9,4 gram %. Menurut teori Kemenkes RI (2013) di kategorikan anemia bila pada trimester III kadar HB < 10,5 gram/dl. Ini berarti Ny.Y.S mengalami anemia ringan. Hal tersebut tidak ada kesenjangan dengan teori.

#### b.persalinan

Data obyektif yang di temukan pada Ny.Y.S adalah pada kala I persalinan berlangsung 8 jam di hitung dari pemeriksaan dalam pada

pukul 18.35 WITA dengan pembukaan 9 cm sampai pembukaan lengkap pukul 18.50 WITA.

Pada kala II Ny.Y.S berlangsung 10 menit dari pembukaan lengkap pukul 18.50 WITA dan bayi lahir spontan pukul 19.00 WITA. Menurut teori Sukarni (2013) menyatakan bahwa lama kala II berlangsung sekitar 1 ½-2 jam pada primigravida dan pada multigravida ½ -1 jam. Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kenyataan.

Pada kala III persalinan di dapatkan data obyektif yaitu kontraksi bertambah panjang dan adanya semburan darah. Hal ini sesuai dengan teori Marmi (2012) yang menyatakan tanda-tanda lepasnya plasenta adalah uterus berbentuk bundar, tali pusat bertambah panjang dan adanya semburan darah dari jalan lahir. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

Kala IV pada Ny.Y.S keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>c, plasenta lahir lengkap pukul 19.10 WITA, kontraksi uterus baik, fundus teraba keras, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, perdarahan kira-kira ± 50 cc, ada ruptur derajat II pada perineum.

c.nifas

Data obyektif yang di temukan pad Ny.Y.S adalah keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital : TD 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,8<sup>0</sup>c, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, pengeluaran lochea rubra. Hal ini sesuai dengan teori Yanti dan Sundawati, (2011) yang menyatakan bahwa tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Paska melahirkan pada kasus normal, tekana darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah lebih rendah paska melahirkan biasa di sebabkan oleh perdarahan, paska melahirkan denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat, frekuensi pernapasa nromal pada orang dewasa 16-20x/menit, pada ibu post partum umumnya bernapas lambat di karenakan ibu dalam tahap

pemulihan atau dalam kondisi istirahat, pasca melahirkan suhu tubuh dapat naik kurang lebih  $0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

#### d.BBL

Data obyektif yang di temukan pada By.Ny.Y.S umur 2 jam adalah By. Ny.Y.S lahir cukup bulan sesuai umur kehamilan 40 minggu 3 hari lahir spontan pukul 19.00 WITA, tidak di temukan adanya masalah, lahir langsung menangis spontan, kuat, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki- laki, anus (+) dan tidak ada cacat bawaan. Tanda-tanda vital : nadi 140x/menit, suhu  $36,8^{\circ}\text{C}$ , pernapasan 48x/menit, A/S 9/10, BB 3.300 gram, PB 49 cm, LK 33 cm, LD 34cm, LP 31 cm. Refleks : refleks sucking (+), reflks rooting (+), refleks graps (+), refleks moro (+). Hal ini sesuai dengan teori Dewi (2010) bahwa ciri-ciri bayi baru lahir adalah lahir aterm antara 37-42 minggu, BB 2500 gram-4000 gram, PB 45-52 cm, LK 33-35 cm, LD 30-38 cm, frekuensi jantung 120-160x/menit, pernapasan 40-60x/menit, nilai apgar  $>7$ , gerakan aktif, bayi lahir langsung menangis, refleks rooting,sucking, morro, grasping sudah terbentuk dengan baik, pada bayi laki-laki Testis yang berada pada skrotum dan penis berlubang.

#### e.KB

Hal ini sesuai dengan teori Marmi (2012) yang menyatakan uterus yang berkontraksi naormal harus terasa keras ketika di raba, tekanan darah, nadi dan pernapasan harus kembali stabil pada level persalinan selama 2 jam pasca persalinan. Hal ini berarti tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kenyataan.

Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan.

### **3.Analisa Data**

#### a.kehamilan

Berdasarkan data di atas maka di tegakan diagnosa pada kasus ini sesuai standar II adalah standar perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan menurut Kepmenkes nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007, yaitu Ny.Y.S G2 P1 A0 AH1 UK 39 minggu 5 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

b.persalinan

diagnosa saat memasuki fase persalinan yaitu Ny.Y.S G2 P1 A0 AH1 UK 39 minggu 5 hari janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan jalan lahir normal dengan partus normal. Diagnosa di tegakan berdasarkan keluhan yang di sampaikan ibu dan hasil pemeriksaan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/SK/VIII/2007.

c.nifas.

diagnosa yaitu Ny.Y.S P2A0AH2 postpartum hari pertama normal. Diagnosa di tegakan berdasarkan keluhan yang di sampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.938/Menkes/SK/VIII/2007.

Bidan melakukan kunjungan sebanyak 3 kali yaitu kunjungan pertama 1 hari post partum dan kunjunga kedua 4 hari postpartum,. Hal ini sesuai dengan teori Kemenkes RI (2015) yang menyatakan frekuensi kunjungan masa nifas di laksanakan minimal 3 kali yaitu pertama 6 jam-3 hari setelah persalinan, kedua 4-28 hari setelah persalinan, ketiga hari ke 29-42 setelah persalinan. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

Kunjungan I, pada Ny.Y.S postpartum hari pertama adalah tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea rubra, semua hasil pemantauan tidak ada kelainan, tidak terjadi perdarahan menurut teori Nugroho (2014) yang menyatakan bahwa tinggi fundus uteri pada hari pertama post partum adalah 2 jari di bawah

pusat dan terjadi pengeluaran lochea rubra dari hari pertama sampai hari ketiga, dengan demikian tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

#### d.BBL

diagnosa yaitu Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 2 jam. Diagnosa ditegakan berdasarkan keluhan yang di sampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah di sesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 938/Menkes/SK/VII/2007.

Penatalaksanaan pada kunjungan ini adalah memeriksa tanda-tanda vital ibu, kontraksi, fundus uteri, menjelaskan pada ibu cara mencegah perdarahan paska melahirkan, menjelaskan pada ibu cara mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang, menjelaskan pada ibu cara menyusui yang benar, posisi dan perlekatan yang benar, menjelaskan tentang kebersihan diri, menjelaskan untuk istirahat yang cukup, menjelaskan agar memberikan ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan atau ASI eksklusif, menjelaskan agar menjaga kehangatan tubuh bayi. Hal ini sudah sesuai dengan teori Kemenkes RI (2015).

Kunjungan II, 4 hari postpartum di dapatkan hasil pemeriksaan yaitu tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea rubra berwarna merah.

#### e.KB

Berdasarkan pengkajian yang telah penulis lakukan, ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan, ia masih aktif menyusui bayinya selama ini tanpa pemberian apapun selain ASI saja. Pengkajian data obyektif ibu tanda vital dalam batas normal.

### **4.Penatalaksanaan**

#### a.kehamilan

Penatalaksanaan pada Ny.Y.S usia kehamilan 39 minggu 5 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu dan janin baik, di antaranya mengobservasi tanda-tanda vital, menjelaskan tentang persiapan persalinan, menjelaskan tentang tanda bahaya kehamilan trimester III, menjelaskan tentang ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III, menganjurkan untuk istirahat yang cukup, menganjurkan untuk tetap mengonsumsi obat tablet tambah darah, asam folat, dan kalsium laktat, menganjurkan untuk melakukan kunjungan ulang hal ini sesuai teori Walyani (2015) yang menyatakan penatalaksanaan pada ibu dengan kehamilan normal yaitu menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan, memberika nasehat pada ibu mengenai nutrisi, istirahat, kebersihan diri, tanda-tanda bahaya, kegiatan sehari-hari, obat-obatan, persiapan kelahiran dan lain-lain.

#### b.Persalinan

Penatalaksanaan pada Ny.Y.S adalah bidan mengobservasi tanda-tanda vital dan melakukan pemeriksaan dalam.

Pada kala I persalinan bidan menjelaskan pada ibu posisi meneran dalam proses persalinan, menjelaskan pada ibu dan keluarga pentingnya pemberian makanan dan minuman selama proses persalinan, melakukan pemantauan kontraksi uterus, DJJ dan nadi setiap satu jam pada fase laten, suhu, pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah setiap 4 jam, menganjurkan ibu untuk berbaring posisi miring ke kiri, menjelaskan pada ibu cara mengedan yang benar dan menyiapkan semua peralatan dan bahan yang di gunakan selama proses persalinan dan memberika asuhan sayang ibu. Hal ini menurut teori buku APN sama dengan penjelasan pada penatalaksaan di atas. Ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

Pada laka II persalinan bidan melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 60 langkah APN.

Penatalaksanaan kala III yang di lakukan yaitu melakukan manajemen aktif kala III, pemberian oksitosin 10 unit IM, melakukan



peregangan tali pusat terkendali dan masase fundus uteri. Pada Ny.Y.S plasenta lahir pukul 19.10 WITA. Hal ini sesuai dengan teori Rukiah, dkk, (2009) yang menyatakan bahwa kala III adalah di mulia dari bayi lahir sampai dengan plasenta dan selaput lahir. Biasanya plasenta lepas dalam waktu tidak lebih dari 30 menit. Dengan demikian selama kala III tidak ada penyulit dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan.

Pada kala IV dilakukan pengawasan selama 2 jam post partum yaitu untuk memantau perdarahan, TTV, kontraksi uterus, TFU dan kandung kemih, pada jam pertama pemantauan di lakukan setiap 15 menit sekali, pada satu jam kedua di lakukan setiap 30 menit sekali. Dari hasil observasi kala IV tidak terdapat komplikasi dan tidak ada kesenjangan teori dengan kenyataan (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

#### c.nifas

Penatalaksanaan yang di lakukan, memastikan kembali involusi berjalan normal, mengingatkan kembali tetap menjaga kehangatan bayi, menjelaskan tanda-tanda bahaya masa nifas, mengingatkan kembali makan makanan dengan gizi seimbang, mengingatkan kembali istirahat yang cukup, menganjurkan pada ibu cara perawatan payudara, dan menganjurkan ibu untuk segera mengikuti KB paska salin. Hal ini sesuai dengan teori Kemenkes RI (2015) dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan.

#### d.BBL

Penatalaksanaan yang di lakukan By.NyY.S yaitu setelah bayi lahir langsung di lakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dengan cara kontak kulit antara bayi dengan ibu. Hal ini sesuai dengan teori dalm buku saku Pelayanan Kesehatan Esensial (2010) yang menyatakan IMD di lakukan segera setelah lahir. Setelah itu jaga kehangatan bayi, mengobservasi keadaan bayi 1 jam pertama setiap 15 menit dan 1 jam kedua setiap 30 menit, beri salap mata oksitetrasiklin 1%, pada kedua mata, suntikan vitamin Neo K 1 mg/0,5 cc intramuscular di 1/3 paha bagian luar sebelah

kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini. Hal ini sesuai dengan teori Asuhan Persalinan Normal (2008) dan tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

Bidan melakukan kunjungan neonatus sebanyak 3 kali yaitu kunjungan pertama umur 1 hari, kunjungan kedua umur 3 hari dan kunjungan ketiga umur 10 hari. Hal ini sesuai dengan teori buku Kesehatan Ibu dan Anak (2016) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan di laksanakan 3 kali, yaitu kunjungan pertama 6-48 jam, kunjungan kedua 3-7 hari dan kunjungan ketiga 8-28 hari setelah lahir. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan.

Kunjungan I, By.Ny.Y.S umur 1 hari pada pemeriksaan di dapatkan keadaan umum baik, tanda-tanda vital: nadi 140x/menit, pernapasan 48x/menit, suhu 36,8<sup>0</sup>c, BB 3.300 gram.

Penatalaksanaan yang dilakukan adalah menjaga kehangatan bayi, cara menyusui yang benar dan menyusui bayinya sesering mungkin, menjelaskan cara merawat tali pusat, menjelaskan tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir, memberikan ASI eksklusif, dan menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke posyandu. Hal ini sesuai dengan teori Marmi (2012) yang menyatakan bahwa memberikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan bayi, memberikan ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan, merawat tali pusat yaitu di bersihkan dengan air bersih jika tali pusat kotor, jika tali pusat sudah puput bersihkan liang pusat dengan kotonmbad yang telah di beri minyak telon. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

Kunjungan II, umur 4 hari pada pemeriksaan di dapatkan keadaan umum baik, tanda-tanda vital: nadi 138x/menit, pernapasan 49x/menit, suhu 37<sup>0</sup>c,.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada By.Ny Y.S umur 4 hari adalah menganjurkan pada ibu agar segera menyusui bayinya, mengingatkan kembali menjaga kehangatan bayi, mengingatkan kembali

memperhatikan kebersihan tali pusat, menjelaskan pada ibu agar memberikan ASI setiap 2 jam atau sesuai keinginan bayi, mengingatkan kembali tanda bahaya pada bayi baru lahir. Hal ini sudah sesuai dengan teori Marmi (2012) dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

#### e.KB

Penatalaksanaan yang penulis lakukan antara lain melakukan promosi kesehatan tentang keluarga berencana agar ibu semakin mantap mengikuti MAL dan metode KB lain yang sudah ibu tentukan yaitu Implan. Ny.Y.S tetap ingin menggunakan metode MAL untuk sementara, setelah usia bayi 40 hari baru ibu ingin menggunakan metode jangka panjang dengan alat.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. Y.S usia kehamilan 39 minggu 5 hari janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan jalan lahir normal dan keadaan ibu sehat dari kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana yang di mulai dari tanggal 18 Februari sampai dengan 18 Mei 2019. Maka dapat di simpulkan :

1. Mahasiswa telah melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny.Y.S dari awal ketemu pemeriksaan kehamilan pada tanggal 05 Mei 2019 di puskesmas Oepoi dengan 7 langkah varney (Kemenkes, 2015). sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.
2. Mahasiswa telah melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny.Y.S dengan menolong persalinan sesuai 60 langkah APN asuhan persalinan normal pada tanggal 10 Mei 2019. Persalinan berjalan dengan normal tanpa ada penyulit.
3. Mahasiswa telah melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas Ny.Y.S dari tanggal 10 Mei sampai dengan 1 hari postpartum dan 2 minggu post partum, selama pelayanan masa nifas berlangsung dengan baik dan tidak di temukan bahaya atau komplikasi.
4. Mahasiswa telah melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir pada By.Ny.Y.S yang berjenis kelamin Laki-Laki, BB 3300 gram, PB 49 cm, tidak di temukan cacat bawaan serta tanda bahaya. Bayi telah di berikan salap mata, vitamin Neo K 1 mg/0,5 cc dan telah di berikan imunisasi HB 0 hari, pada saat pemeriksaan dan perawatan bayi sampai 28 hari tidak di temukan komplikasi atau tanda bahaya.

5. Mahasiswa telah melakukan asuhan kebidanan keluarga Berencana pada Ny.Y.S dan mampu membantu ibu memilih menggunakan metode MAL sambil menunggu 40 hari postpartum.

## **B. Saran**

1. Bagi institusi yaitu Pendidikan Politeknik Kesehatan Kupang  
Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas saran dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas.
2. Bagi lahan praktek atau Puskesmas Oepoi  
Asuhan yang sudah di berikan pada klien sudah cukup baik dan hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan dan pengadaan alat dan bahan agar dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai dengan standar asuhan kebidanan serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan.
3. Bagi pasien  
Agar klien atau ibu memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan kehamilannya secara teratur sehingga akan merasa lebih nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan No.938/Menkes/SK/VIII/2007. Tentang Standar Asuhan Kebidanan*. Jakarta
- Dewi, V.N. Lia. 2010. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Dinkes Kota Kupang. 2015. *Profil Kesehatan Kota Kupang 2014*. Kupang.
- Erawati, Ambar Dewi. 2011. *Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*. Jakarta : EGC.
- Iimiah, Widia Shofa . 2015. *Buku Ajar asuhan persalinan normal*. Yogyakarta :
- Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Mansyur, N.,Dahlan A.K. 2014. *Buku ajar asuhan kebidanan masa nifas*. Malang : Selaksa Medika.
- Maritalia, Dewi. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Marmi, 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Mulyani, Nina Siti dan Mega Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta : Nuha Medika.

- Walyani, Siwi Walyani. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Mansyur dan Dahlan. 2014. *Buku Ajar: AsuhanKebidnana Masa Nifas*. Jawa Timur: Selaksa Media.
- Maritalia, Dewi. 2014. *AsuhanKebidananNifas dan Menyusui*. Yogyakarta: PustakaPelajar.
- Mulyani, Nina Siti dan Mega Rinawati. 2013. *KeluargaBerencana dan AlatKontrasepsi*. Yogyakarta :NuhaMedika.
- Nugroho dkk. 2014 . *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika